

М. 1932
Проф. М. О. ГУРЕВИЧ

ПСИХОПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

ИЗДАНИЕ ВТОРОЕ



1 9 3 2

М Е Д Г И З

Проф. М. О. ГУРЕВИЧ



ПСИХОПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

*Издание второе, исправленное
и значительно дополненное*



ГОСУДАРСТВЕННОЕ
МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МОСКВА — 1932

ОГЛАВЛЕНИЕ.

ЧАСТЬ I. ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА.

ГЛАВА I

| | Стр. |
|--|------|
| Психопатология детского возраста, как специальная часть общей психиатрии | 9 |
| Понятие о норме | 10 |
| Особенности детского организма | 13 |
| Физиологические данные | 15 |
| Развитие моторики | 16 |
| Психическое развитие | 18 |
| Кризисы в развитии ребенка | 21 |

ГЛАВА II

| | |
|--|----|
| Этиология психических уклонений в детском возрасте | 23 |
| Наследственное предрасположение | 26 |
| Дегенерация | — |
| Врожденное предрасположение | — |
| Приобретенное предрасположение | 27 |
| Экзогенные факторы | — |
| Значение психических и социальных факторов | 28 |

ГЛАВА III

| | |
|--|----|
| Симптоматология | 29 |
| Строение тела | — |
| Внутренние органы | 33 |
| Эндокринный аппарат | 34 |
| Двигательные особенности | — |
| Органы чувств | 37 |
| Неврологические симптомы | — |
| Психические симптомы | 41 |
| Нарушения восприятия | 42 |
| Расстройства интеллекта | — |
| Расстройство эмоциональной жизни | 43 |
| Расстройство активных центробежных психических функций | — |
| Расстройство активных центробежных психических функций | 44 |
| Личность, характер и темперамент | 45 |
| Симптомокомплексы | 47 |
| Лечение, прогноз, исход | — |
| Психопатологическая анатомия, составлении истории личности | 50 |
| Методах исследования и | |
| ности. | |

ГЛАВА IV

| | |
|---|----|
| Психогигиена | 52 |
| Общие замечания | — |
| Психогигиена детского возраста | 54 |
| Школьная психогигиена | 55 |
| Психогигиена физического и умственного труда подростка | 60 |
| Особенности психогигиены соматически и психически неполноценных | 61 |
| Половая психогигиена | 3 |

| | |
|--|----|
| Психопрофилактика | 63 |
| Борьба с сифилисом, туберкулезом, и прочими инфекциями | 64 |
| Психопрофилактика в школе, детском саду | 65 |
| Профессиональная ориентация | 66 |
| Охрана труда на производстве | — |
| Оздоровление быта | 67 |
| Борьба с социальной деградацией | — |
| Психопрофилактика эндогенных психических уклонений | 69 |
| Евгеника | — |
| Лечение легких нервно-психических уклонений | — |

ГЛАВА VI

| | |
|--|----|
| Лечебная педагогика и психотерапия | 69 |
| Организация психоневрологической помощи детскому населению | 71 |

ЧАСТЬ II. ЧАСТНАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА.

| | |
|--|----|
| Классификация психических расстройств | 75 |
| Классификационная схема психических изменений в детском возрасте | 77 |

ГЛАВА VII

| | |
|---|----|
| Олигофрения | 78 |
| Общие симптомы олигофрении | 79 |
| Микроцефалия | 84 |
| Инфантилизм | 86 |
| Эндокринопатические формы | 87 |
| Кретинизм | 88 |
| Монголизм | — |
| Группа олигофрений, развивающихся вследствие экзогенных повреждений мозга | 89 |
| Течение олигофрений | 93 |
| Прогноз | — |
| Дифференциальная диагностика | 93 |
| Лечение | 94 |

ГЛАВА VIII

| | |
|---|-----|
| Психические расстройства, связанные с острыми инфекциями | 100 |
| Симптоматические психические изменения | 101 |
| Экзогенные типы реакции | — |
| Острая спутанность или аменция | 102 |
| Состояния после инфекционной психической слабости | — |
| Изменения характера в связи с острыми тяжелыми инфекциями | 104 |
| Психические расстройства после острых инфекций с непосредственной мозговой локализацией | — |
| Острый гнойный менингит | 105 |
| Эпидемический цереброспинальный менингит | 107 |
| Серозный менингит | — |
| Энцефалиты | — |
| Абсцессы | 108 |
| Особенности психозов при различных острых инфекциях | 109 |
| Бешенство | 111 |

ГЛАВА IX

| | |
|--|-----|
| Психические расстройства в связи с подострыми и хроническими инфекциями с непосредственной мозговой локализацией | 112 |
| Инфекционная хорея | 113 |
| Эпидемический энцефалит | 115 |

| | Стр |
|---|-----|
| Острая стадия | 115 |
| Хроническая стадия | 116 |
| Адинамическая форма | 120 |
| Изменения характера | 122 |
| Течение, прогноз, дифференциальный диагноз | 124 |
| Лечение | — |
| Патологическая анатомия и вопросы локализации | — |

Г Л А В А X

| | |
|--|-----|
| Сифилис мозга | 129 |
| Симптоматология, течение | — |
| Патологическая анатомия | 134 |
| Лечение | — |
| Ювенильный прогрессивный паралич | 137 |
| Течение ювенильного паралича | 139 |
| Профилактика и лечение | — |
| Дифференциальный диагноз | 140 |
| Патологическая анатомия | — |
| Психические изменения на почве туберкулеза | 142 |

Г Л А В А XI

| | |
|--|-----|
| Симптоматические психозы при соматических заболеваниях | 143 |
| Аутоинтоксикации (при болезнях печени, почек и пр.) | — |
| Рахит | 145 |
| Эндокринопатии | 146 |
| Дисфункции щитовидной железы | 147 |
| Базедова болезнь | — |
| Кретинизм | 148 |
| Микседема | — |
| Дисфункции паращитовидной железы | 149 |
| Тетания | — |
| Гипофизарные расстройства | 150 |
| Гигантизм | 151 |
| Акромегалия | — |
| Нанизм | — |
| Абино-зогенитальная дистрофия | — |
| Эпифизарные расстройства | 152 |
| Дисфункции половых желез | — |
| Дисфункции надпочечников | 153 |
| Адрисонова болезнь | — |
| Дисфункции thymus | — |

Г Л А В А XII

| | |
|--|-----|
| Психические расстройства в связи с отравлениями | 154 |
| Алкоголизм | — |
| Кокаинизм | — |
| Эротизм | 155 |
| Психические расстройства в связи с травматическими и другими экзогенными поражениями мозга | 157 |
| Сотрясение, контузия мозга | — |
| Травматическое слабоумие | 158 |
| Изменения характера | — |
| Травматические психоневрозы | — |
| Паражение молнией и электрическим током | — |
| Солнечный и тепловой удар | — |
| Психические изменения в связи с тяжелыми эндогенными заболеваниями мозга | 160 |
| Опухоли мозга | — |
| Амауротическая идиотия | 162 |
| Туберозный склероз | — |
| Миоклоническая эпилепсия | 163 |

| | |
|--|-----|
| Эпилепсия | 163 |
| Судоржные припадки | 165 |
| Психические эквиваленты | 167 |
| Сумеречные состояния | 168 |
| Сомнамбулизм | 169 |
| Делириозная спутанность | — |
| Сновидное состояние | 170 |
| Трансы | — |
| Хронические изменения психики | 172 |
| Течение эпилепсии | 173 |
| Прогноз | — |
| Патологическая анатомия | 174 |
| Этиология эпилепсии | 175 |
| Дифференциальный диагноз | 176 |
| Лечение | — |
| Эпилептиформные заболевания, не относящиеся к гену- инной эпилепсии | 179 |
| Симптоматическая эпилепсия | — |
| Эндокринно-токсическая эпилепсия | — |
| Травматическая эпилепсия | — |
| Случайные судорожные припадки | 180 |
| Спазмофилия | — |
| Аффективные респираторные судороги | — |
| Детские обмороки | 180 |
| Нарколепсия | — |
| Аффектэпилепсия | — |
| Пикнолепсия | — |

ГЛАВА XIV

| | |
|---------------------------------------|-----|
| Шизофрения | 182 |
| Главнейшие формы шизофрении | 183 |
| Течение болезни | 186 |
| Распознавание | — |
| Патологическая анатомия | 188 |
| Лечение | 189 |

ГЛАВА XV

| | |
|---|-----|
| Маниакально-депрессивный психоз | 191 |
| Маниакальное состояние | 192 |
| Состояние депрессии | — |
| Смешанные состояния | — |
| Циклотимия | 193 |
| Течение маниакально-депрессивного психоза | — |
| Причины и сущность болезни | 195 |
| Дифференциальный диагноз | 196 |
| Лечение | — |

ГЛАВА XVI

| | |
|--|-----|
| Реактивные психические расстройства (психогении) | 197 |
| Неврастения | 199 |
| Двигательные неврозы (тики, заикание) | 200 |
| Примитивные реакции | 202 |
| Реактивные депрессии | 203 |
| Вазомоторно-эндокринные реакции | — |
| Шизоидные реакции | 204 |
| Истерия | — |
| Течение истерии | 206 |
| Дифференциальный диагноз | 207 |
| Лечение истерии | — |

| | |
|--|-----|
| Пограничные состояния | 209 |
| Классификация пограничных состояний | 211 |
| Врожденные болезненные состояния | — |
| Конституциональная нервность | 213 |
| Психастения | — |
| Расстройства влечений | 215 |
| Психопатические личности (психопатии в узком смысле) | 217 |
| Возбудимые | 218 |
| Неустойчивые | — |
| Одержимые влечениями | 219 |
| Аффект-эпилептики | — |
| Нелепые | — |
| Сварливые | 220 |
| Лгуны, фантасты | — |
| Антисоциальные | 221 |
| Шизоидная психопатия | 222 |
| Циклоидная психопатия | 224 |
| Эпилептоидная психопатия | 225 |
| Реактивнолабильная психопатия | 226 |
| Распознавание психопатий | 227 |
| Профилактика и лечение | 228 |
| Нормальные вариации психики | 229 |
| Литература | 250 |

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА.

ГЛАВА I.

ПСИХОПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА, КАК СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ ОБЩЕЙ ПСИХИАТРИИ.

Психопатология детского возраста, будучи одной из отраслей общей психиатрии, основывается на тех же научных данных, пользуется тем же методом исследования, который применяется и при изучении психических отклонений у взрослого. Обособленное изложение детской психопатологии находит себе однако оправдание в ряде фактов: детскому возрасту более свойственны одни формы заболевания, менее свойственны другие; психические изменения у детей, с их несложившейся психикой и незакончившим своего развития организмом, имеют свои особенности сравнительно со взрослыми при идентичности этиологических факторов. В частности поражение детского мозга влечет за собой не только симптомы выпадения и смещения функций, как у взрослого, но и задержку дальнейшего развития. Иными словами, у детей не только изменяются наличные психические функции, но поражаются и потенциальные возможности, нарушается динамика развития нервной системы и всего организма.

Далее следует принять во внимание, что у детей не только недоразвиты анатомо-физиологические механизмы, лежащие в основе психической деятельности, но содержание психики, черпаемое преимущественно из социальной среды, отличается от взрослых; это связано с иным положением детей в семье и обществе, с отсутствием тех знаний и профессиональных навыков, которые приобретаются в более позднем возрасте. Особенности содержания детской психики не могут конечно не отражаться и на содержании психических расстройств, причем отличия от взрослых конечно тем более выражены, чем моложе ребенок.

Наконец одной из важнейших особенностей психопатологии детского возраста следует считать своеобразие психопрофилактических и лечебных мероприятий. Огромное значение, которое имеют педагогические воздействия для правильного развития детской психики и всего организма, вызывает необходимость регулирования этих воздействий с точки зрения психопрофилактики и психогигиены. С другой стороны, терапия психических уклонений в детском возрасте в значительной мере опирается на применение специальных приемов воспитания и обучения, составляющих

предмет так называемой лечебной педагогики. Необходимость приспособления лечебно-педагогических мероприятий к различным формам детских психических аномалий, принимая притом во внимание различные возрасты, требует создания специальной сети соответствующих психоневрологических учреждений.

В связи с общим профилактическим направлением советской медицины в нашем Союзе развились и окрепли мощные организации по охране материнства и младенчества и по охране здоровья детей и подростков. Принимая участие в работе этих организаций, психопатология детского возраста имеет своей задачей не только оздоровление детей, психически уклоняющихся от нормы, но и мероприятия по охране психического здоровья всей массы детей, по предупреждению нервно-психической заболеваемости. Эти психопрофилактические и психогигиенические задачи теснейшим образом связаны с социалистическим строительством, с индустриализацией страны, реконструкцией сельского хозяйства, с общей работой по оздоровлению труда и быта. Таким образом работа врача-психоневролога далеко выходит за пределы биологического изучения психических расстройств и аномалий детского возраста и приобретает особое значение в социальном отношении.

Указанные особенности психопатологии детского возраста дали отчасти повод для применения по отношению к детям особой терминологии, неизвестной в психиатрии взрослых: „дефективные дети“, „дефективность“, „дефектология“. Мы считаем эти термины неудачными и их не применяем. Слово „дефект“ указывает на наличие стойкого изъяна, непоправимого поражения, что вовсе неприложимо к многочисленным легким и преходящим изменениям нервнопсихической сферы. Вместе с тем мы вообще считаем нецелесообразным применять к детям особую терминологию, не принятую в психиатрии.

Равным образом мы считаем неправильным замену психоневрологических терминов рефлексологическими, как это делают некоторые авторы. При большой важности тех достижений, которыми может гордиться рефлексология, было бы все же ошибочно сводить психические явления к рефлексам. Имея как и рефлекс, материальную основу, психика (особенно человеческая) вместе с тем вследствие своей огромной сложности качественно отличается от рефлекторной деятельности, имея в частности субъективное содержание, связанное с влиянием социальных моментов. Поэтому изучение психики требует и особой терминологии и применения специальных методов исследования.

То обстоятельство, что психиатрия детского возраста базируется на общей психиатрии, дает нам возможность здесь лишь вкратце коснуться общих психопатологических проблем и предпослать описанию отдельных заболеваний лишь некоторые общие замечания, имеющие отношение главным образом к особенностям детского материала, являющегося предметом нашего изучения.

Понятие о норме.

Изучению психических уклонений необходимо предпослать определение понятия о норме. Это определение представляет большие затруднения; данное понятие не может считаться абсолютным, так как имеются незаметные переходы от состояния нормы здоровья к состояниям ненормальным, болезненным. Эти затруднения одинаково касаются определения понятия нормы как в смысле соматических, так и в смысле психических свойств организма.

Довольно распространенным является понимание нормы как „средней“: норма — это свойство или совокупность свойств, которые получаются при вычислении средней из большого числа случаев. Такое статистическое понимание нормы лишает однако термин конкретного содержания, сводя его к абстрактной математической точке, вне которой фактически оказываются все встречающиеся в жизни вариации. По другому определению, норма идентифицируется не с средней, а с тем, что является обычным, наиболее часто встречающимся. Здесь норма уже не является точкой, пунктом, а представляется реальным понятием, охватывающим главную массу вариаций; это — область средних, наиболее частых вариаций, за пределами которой оказываются лишь редкие вариации в ту или иную сторону. В сущности и в таком понимании нормы остается статистический принцип — частота, который также является неподходящим в качестве основного признака нормы. Наиболее частое явление вовсе не всегда может совпадать с нормальным; можно представить себе массовые болезненные явления, статистическая частота которых еще никоим образом не дает права считать их нормальными; но и помимо этого соображения, идентификация нормального с наиболее частым не выдерживает критики с той точки зрения, что количественный принцип, применяемый при определении частоты, может основываться на отдельных признаках и никоим образом не в состоянии охватить всей совокупности особенностей, свойственных индивидууму. Если далее принять во внимание, что вариации представляют непрерывные ряды, то принцип частоты, не дающий критерия для определения границ, совершенно беспомощен в смысле установления пределов вариаций нормальных и ненормальных; нет решительно никакой точки опоры для того, чтобы решить, считать ли наиболее частыми и следовательно нормальными 60—80 или 90% всех наблюдаемых случаев, иными словами, нет никакого критерия для того, чтобы ограничивать частые и нормальные от редких и ненормальных вариаций.

Итак, количественное статистическое определение нормы само по себе недостаточно. Норма есть понятие как количественное, так и качественное и наиболее правильно ее определение, как такого состояния организма, при котором он является приспособленным к выполнению своих функций соответственно возрасту, социальному положению (классовая характеристика) и данной ступени исторического развития общества (социально-экономическая формация). Нормальный организм ориентируется в природной и социальной среде таким образом, что обеспечивается возможность самосохранения, саморазвития индивидуума и его активности и приспособленности как трудового классового субъекта со всеми присущими ему в зависимости от этого особенностями. При таком понимании нормы в ее пределы попадает большое число вариаций, за ее пределами окажутся те случаи, свойства которых препятствуют приспособлению организма в среде и соответствующему его функционированию. Таким образом в самом определении нормы заключается уже принцип, на основании которого нормальное ограничивается от ненормального. Следует однако сделать оговорку, что несмотря на принципиальную ясность, которая достигается понятием „норма“ в вышеприведенном ее определении, в действительности ее границы не могут быть проведены

с резкой определенностью; но это вполне естественно, так как в природе нет резких границ между полной нормой и тем, что находится за ее пределами, имеются постепенные переходы, так называемые пограничные состояния. Если принять во внимание эти последние, то мы схематически будем иметь: 1) состояния нормы, 2) переходные состояния — аномалии, когда субъект в некоторых отношениях, благодаря частичным отклонениям, с трудом приспосабливается к среде, и 3) ненормальные, болезненные состояния, определенно мешающие приспособляемости субъекта к среде. Субъекты пограничного типа при изменении внешних условий облегчающих или отягчающих их функции, могут особенно легко приближаться то к норме, то к патологии. Иначе говоря, чем выше требования предъявляются к пограничному субъекту в том или ином отношении, тем труднее для него сохранить свойственные норме целесообразные функции. Таким образом ясно, что понятие о норме и в качественном ее определении является относительным.

Кроме того следует особо подчеркнуть, что норма изменяется в связи с развитием индивидуальным и видовым: в зависимости от возраста мы имеем подвижные стандарты нормы; особенно же важны и существенны изменения понятия о норме в процессе развития человеческого общества — в зависимости от социально-экономической структуры, от идеологии господствующего класса (что в частности находит отражение в построении „идеальных“ типов в искусстве и литературе). Таким образом норма в применении к человеческой личности есть понятие историческое и классовое.

Уклонения от нормы теоретически могут быть в сторону плюса и минуса: вверх и вниз. В сущности то, что выше нормы, как явление неболезненное, не наносящее ущерба ни индивидууму, ни виду, не должно практически считаться ненормальным. Если иногда и указывают на то, что сверхталантливые субъекты плохо приспособляются к окружающему, что их функции в некоторых отношениях терпят ущерб, то в действительности это происходит не от того плюса, которым они обладают, а от тех минусов, которые часто свойственны одаренным, но дисгармоничным людям; здесь следовательно дело идет о частичной недостаточности, которой и определяется известная неполноценность в таких случаях. Таким образом практически область ненормального следует видеть преимущественно за низшими границами нормы, там, где начинается физическая и психическая недостаточность, переходящая в болезненные состояния. Прилагательные „нормальный“ и „ненормальный“ применяются и к отдельным признакам, к индивидууму как к целому; так например, у субъекта может быть ненормальное зрение, понижающее функциональную его пригодность. Однако такая частичная ненормальность не дает еще права прилагать термин „ненормальный“ к индивидууму, как к целому, так как, если состояние других его функций в порядке, то и при слабом зрении он может приспособляться к среде и остаться в пределах нормы. Только резкое понижение зрения, исключающее возможность корригирования и компенсации, достигающее степени, мешающей проявлению и других функций, заставит нас данного субъекта считать ненормальным. Итак, лишь резкое расстройство отдельной функции или же расстройство многих функций, следствием чего

получается для субъекта невозможность активного приспособления к окружающему, дает право считать его ненормальным.)

Все сказанное выше относительно определения понятия „нормы“ вообще применимо к вопросу о границах психического здоровья. Следует лишь иметь в виду, что определение этих условных границ может быть особенно трудным вследствие чрезвычайной сложности тонких психических уклонений, когда дело идет о пограничных состояниях или начальных стадиях болезни. Часто бывает необходимо всестороннее и длительное исследование и наблюдение испытуемого для определения состояния его психического здоровья. При оценке отдельных симптомов, иногда еще недостаточно выраженных и заметно не нарушающих функциональной полноценности субъекта (в частности его трудоспособности), важен учет динамики развития данных уклонений, установление относительной деградации личности сравнительно с прежними ее особенностями. Взаимная связь различных функций организма проявляется и при их расстройствах, поэтому при определении состояния психического здоровья важными показателями служат и различные изменения со стороны соматической сферы, чем определяется необходимость тщательного исследования и изучения организма в целом.

Особенности детского организма. Относительность очерченного выше понятия о норме становится особенно ясной по отношению к детскому возрасту. То, что нормально для взрослого, ненормально для ребенка и наоборот. Мало того, в развивающемся организме для каждого момента развития мы должны предполагать свою норму; соответственно динамике развития ребенка мы имеем, так сказать, подвижную норму, подвижный стандарт морфологических и функциональных свойств. Ввиду этого обстоятельства мы считаем необходимым очертить в кратких словах основные факты физического и психического развития детского организма. Нужно заметить, что этот вопрос при всей его перво-степенной важности до сих пор не может считаться изученным во всех деталях; при изучении развития ребенка приходится учитывать огромное количество морфологических, физиологических, биохимических и прочих данных и их индивидуальные колебания. Развитие всего организма идет неравномерно, наблюдаются моменты быстрого роста отдельных тканей и развития функций и моменты сравнительной стабилизации. Отдельные органы, ткани, системы развиваются далеко неравномерно и в то же время неодинаково в отдельных случаях. Рост одних систем влияет на развитие других, получается сложная зависимость отдельных моментов, в конечном счете влияющих на общую картину роста. Особенности индивидуальные и половые, влияние внешних условий, культуры и быта, питания, климата, отражаясь на росте организма, еще более усложняют особенности его развития. Само собой разумеется, что мы здесь можем лишь очень коротко коснуться сложного и большого вопроса о развитии ребенка. Не приводя данных, касающихся нормальных кривых роста и веса ребенка по возрастам, мы только подчеркнем, что ребенок не представляет просто уменьшенную копию взрослого человека, что пропорции тела с возрастом все время меняются.

Рост ребенка идет неравномерно: после ускоренного роста первого года жизни наступает замедление от 2 до 4 лет, затем ускорение в 5—7 лет, снова замедление в 8—10 лет и ускорение с 11 лет, продолжающееся у девочек до 14, у мальчиков до 16 лет, после чего снова наступает период замедленного роста с незначительными колебаниями. В общем из отдельных частей тела наибольший прирост в длину дают шея, ноги, затем туловище и менее всего голова.

При этом соотношения длины тела и верхних конечностей и отношения обеих этих величин к общей длине тела остаются приблизительно неизменными. Зато относительная высота головы постепенно уменьшается, а относительная длина ног увеличивается. У новорожденного высота головы равняется $\frac{1}{4}$ роста, у двухлетнего — $\frac{1}{5}$, у 6-летнего — $\frac{1}{6}$, у 12-летнего — $\frac{1}{7}$, у взрослого — $\frac{1}{8}$. При этом голова у ребенка велика за счет черепной ее части, лицевая же часть сравнительно мала и увеличивается постепенно вместе с ростом зубов. У взрослых зрачки приходятся приблизительно на середине расстояния от темени до подбородка, у новорожденных на расстоянии 5:3. Длина ног у взрослого меньше половины всего роста, у новорожденного около $\frac{1}{3}$. При этом следует отметить, что в пубертатном возрасте рост нижних конечностей настолько обгоняет рост туловища, что получается нередко превышение „нижней длины“ — от лобкового сочленения до пола (Unterlänge) над верхней — от темени до лобка (Oberlänge).

Прирост веса тела также идет неравномерно; при этом замечательно, что нарастание веса вовсе не идет параллельно с увеличением роста; в периоды замедления роста (2—4 лет, 8—10 лет) отмечается ускорение увеличения веса тела, которое как бы закругляется, растет больше вширь, в периоды же ускоренного роста в длину, наоборот, замедляется нарастание веса, дети вытягиваются в длину (это периоды дошкольного и пубертатного кризисов, о которых еще будет речь ниже).

Вообще строение тела претерпевает особенно большие изменения в пубертатном возрасте.

Окостенение скелета, рост зубов в известном порядке (см. учебники педиатрии), рост грудной клетки, появление вторичных половых признаков и пр. — чрезвычайно изменяют строение тела, причем обычно все же сохраняются известные конституциональные особенности. Правильность и закономерность роста зависят не только от особенностей отдельных тканей (обладающих определенной энергией роста), но и от биохимических отношений, в частности от желез внутренней секреции (щитовидной, thymus, гипофиза, надпочечника, половых желез и пр.), оказывающих большое влияние на рост всего организма и отдельных его тканей. Дисфункция желез, равно как и нарушение роста скелета от других причин, дает разнообразные патологические отклонения. В пределах более или менее нормальных вариаций у детей гораздо труднее, чем у взрослых, определить типы строения тела по Кречмеру вследствие подвижности и нестойкости тех соматоскопических и соматометрических признаков, на которые приходится опираться при определении типов.

Особенности
отдельного
своей стру
равным о
(имеющих
и кровооб
зом у нов
рефлектор
новорожде
всего тел
 $\frac{1}{40}$ — $\frac{1}{50}$ ве
веса мозг
взрослого
нов новоро
быстро: к
к 3 годам
мозга к 9
к 20 годам
растет пер
к 7 годам
Такой рост
функций в
шого мозг
у взрослог
такое, как
ляется, так
клетки ещ
проводящи
времени ро
ные (реце
чувств, вку
последние
миэлином
ассоциаци
те волокна
ют развива
Особенн
При этом п
ных и ниж
свойственн
Впрочем и
развиваютс
таким обр
от рожден
обогащени
вой степен
Физиол
тельно с м
новорож
вие этог
него требуе
равновесие

Особенности роста центральной нервной системы требуют отдельного описания. Спинной мозг уже ко времени рождения по своей структуре может считаться готовым к функционированию; равным образом это касается центров продолговатого мозга (имеющих отношение к таким основным функциям, как дыхание и кровообращение), и частью подкорковых ганглиев. Таким образом у новорожденного уже имеется субстрат для ряда низших рефлекторных и автоматических функций. Общий вес мозга новорожденных сравнительно очень велик и равняется $\frac{1}{7}$ — $\frac{1}{8}$ всего тела, между тем как у взрослого вес мозга составляет $\frac{1}{40}$ — $\frac{1}{50}$ веса тела. Вес мозга у новорожденного равняется четверти веса мозга взрослого, между тем как другие части тела и органы взрослого раз в десять-пятнадцать больше соответствующих органов новорожденного. Вес мозга растет в первые годы жизни очень быстро: к 9 месяцам он составляет треть взрослого мозга, к 3 годам — две трети. Другие вычисления показывают, что вес мозга к 9 месяцам удваивается, к 3 годам утраивается и лишь к 20 годам учетверяется и доходит до максимума. Мозжечок мало растет первые месяцы жизни, затем увеличивается очень быстро и к 7 годам достигает почти величины, свойственной взрослому. Такой рост очевидно зависит от развития автоматических моторных функций в соответствующем возрасте. Внешний вид полушарий большого мозга у новорожденного (извилины, борозды) такой же, как у взрослого; количество нервных клеток у новорожденного тоже такое, как у взрослого; новых клеток в течение жизни не появляется, так как нервные элементы не способны к размножению; но клетки еще не имеют своего окончательного типа, их отростки и проводящие пути еще далеко не готовы; при этом уже ко времени рождения начинают обкладываться миелином чувствительные (рецепторные) пути — сначала тактильного и мускульного чувств, вкусовые и обонятельные волокна, затем зрительные, и самые последние — слуховые. Двигательные корковые пути обкладываются миелином лишь к 5—6 месяцам жизни. Еще позднее развиваются ассоциационные, тангенциальные и прочие волокна. В конечном счете волокна и особенно их коллатерали в головном мозгу продолжают развиваться до пубертатного периода, а может быть и дольше.

Особенно медленно протекает развитие тангенциальных волокон. При этом позднее всех развиваются тангенциальные волокна в лобных и нижнетеменных извилинах (т. е. в „новых“ частях мозга, свойственных человеку и слабо или вовсе неразвитых у животных). Впрочем и в пределах лобного участка тангенциальные волокна развиваются не сразу, а очень постепенно, в определенном порядке; таким образом миелинизация тангенциальных волокон протекает от рождения до 10-летнего возраста. Подробности постепенного обогащения мозга волокнами еще однако не изучены в достаточной степени.

Физиологические данные Так как поверхность тела сравнительно с массой у ребенка относительно больше, чем у взрослого новорожденного — втрое, у полугодовалого — вдвое), то вследствие этого у ребенка соответственно больше потери тепла и для него требуется большая охрана от холода. Чтобы сохранить тепловое равновесие, ребенку необходимо сравнительно большое количество

пищевых калорий, и действительно грудной ребенок вводит вдвое больше жиров, чем взрослый. Часть калорий при этом (около $\frac{1}{5}$) идет на рост, остальные на работу и регуляцию тепла. Потребность в энергии грудного ребенка приблизительно 100 калорий на килограмм, годовалого — 80 калорий; в дальнейшем это количество постепенно снижается до 50 — 40 у взрослого. Сообразно такой потребности в калориях обмен веществ у ребенка совершается живее, при этом легкие и сердце работают быстрее, доставляя тканям потребное количество кислорода и питательных веществ. У новорожденного 40 дыханий, 140 пульсовых ударов в минуту т. е. вдвое сравнительно со взрослыми; в дальнейшем эти числа постепенно уменьшаются.

Большая утомляемость мышечной и нервной системы у ребенка ведет к большей потребности во сне; не говоря уже о новорожденных, годовалый ребенок спит 13—15 часов в сутки и в дальнейшем даже дети школьного возраста имеют все же большую потребность во сне, чем взрослые.

Железы внутренней секреции, имеющие, как уже упоминалось, особенно большое значение для развития организма, отличаются своими собственными особенностями роста, причем одни железы функционируют с самого рождения ребенка и их функции продолжают и у взрослых (щитовидная, надпочечники и др.), другие, функционируя в детстве, в дальнейшем прекращают свои функции (thymus, который к семи годам обычно атрофируется), наконец третьи (половые железы) начинают функционировать по видимому не с самого начала жизни и главным образом выдвигаются в своем значении в пубертатном периоде. При этом нужно иметь в виду, что начало и конец, усиление и ослабление деятельности тех или других желез в зависимости от возраста не всегда протекают гладко и нередко сопровождаются пертурбациями функций всего эндокринного аппарата.

Рефлексы сухожильные и кожные на первом году повышены; во второй половине первого года наблюдается нередко рефлекс Бабинского, который в это время нельзя считать патологическим. Как было уже упомянуто, анатомически чувствительные аппараты раньше созревают, чем двигательные. К концу третьего месяца все органы чувств готовы к функционированию. Получается уже очень рано возможность восприятия внешнего мира и накопления условных рефлексов, дающих материал для все более усложняющихся мозговых функций. Позднее развивается эффекторный, центробежный отрезок рефлекторной дуги — моторная функция.

Развитие моторики. Новорожденный представляет существо, высшим двигательным органом которого является pallidum, вследствие чего ему доступны лишь недифференцированные массовые движения; вскоре обнаруживается влияние более высоко организованного центра из числа подкорковых — neostriati, который, оказывая тормозящее влияние на pallidum, упорядочивает движения; со второй половины первого года вступают в силу мозжечковые функции и таким образом у ребенка начинает действовать экстрапирамидная, стриоцеребеллярная система, обеспечивающая статику, равновесие, автоматические и защитные движения. Пирамидная двигательная система обкладывается, как уже сказано, миелином

лишь на 6-м месяце и ее участие в двигательных функциях налаживается медленно и постепенно. Что же касается высших лобных корковых центров, обеспечивающих точность и правильную последовательность движений, то они еще позднее вступают в силу. В общем двигательный аппарат развивается крайне медленно, (долго сохраняется преобладание экстрапирамидных двигательных механизмов) и лишь у взрослого достигает полного расцвета; при этом помимо развития чрезвычайно сложных нервных двигательных механизмов имеет также значение рост внешних аппаратов: скелета, суставов, мускулов. В возрасте 1—2 лет отмечаются неуклюжесть и неустойчивость движений, зависящие от их недостаточной дифференцировки и регулировки; начинает развиваться речь, которая однако вначале имеет элементарный характер. Ребенок больше воспринимает интонацию слова, чем самое слово и кроме того больше понимает слов, чем произносит; и здесь сенсорные компоненты развиваются раньше моторных; в 1½ года у ребенка обычно не более 40 слов, в два — несколько сот. В дальнейшем дети дошкольного возраста уже отличаются большой подвижностью и грациозностью. У них хорошо развиты способность к передвижению, речь, жесты; однако кажущаяся неутомимость детей этого возраста бывает лишь при свободных движениях; богатство их движений совершается за счет точности. Стоит заставить ребенка производить точные движения, как он сразу начинает утомляться и стремится убежать к своим играм, где движения свободны. Эта неспособность к точности зависит от недоразвития корковых механизмов и от недостатка выработанных формул движений. Кажущаяся двигательная неутомимость ребенка связана с тем обстоятельством, что он обычно не производит продуктивных рабочих движений, требующих преодоления сопротивления и следовательно большой затраты энергии. Этого мало. При свободных движениях, почти не связанных с сопротивлением, эти движения совершаются естественно, т. е. начинаются, проходят и заканчиваются соответственно физиологическим и механическим свойствам двигательного аппарата, в соответствующем темпе и ритме, с плавными, мягкими и нерезкими переходами от сокращений отдельных мышечных групп к расслаблениям и обратно. Отсюда грациозность детских движений. Как только нужно производить точные движения и особенно движения, связанные с преодолением сопротивления, — механизм их меняется; они уже не зависят лишь от внутренних и естественных особенностей моторного аппарата, а еще и от вмешательства внешних сил, к которым движения приносятся, так или иначе изменяют свой естественный темп, свой ритм, свою форму.

От первого до второго детства ребенок научается пользоваться своим двигательным аппаратом и вырабатывает в то же время личные особенности мимики и жестов (спецификация автоматических функций). Движения становятся экспрессивными, и только при аффекте выступают старые массовые движения (стриопаллидарные). Вместе с усовершенствованием двигательного аппарата, со времени второго детства, несколько уменьшается богатство движений, но налаживаются мелкие точные движения, причем все же остается неспособность длительной установки на продуктив-

ную работу, и перенапряжение в этом отношении, не соответствующее развитию нервных механизмов и внешнего двигательного аппарата, представляет опасность для правильного развития ребенка. Известная гармония, достигнутая во время второго детства, снова нарушается в большей или меньшей степени в пубертатном возрасте, когда происходит перестройка моторного аппарата. В это время замечается снова богатство движений, но без детской грации, нарушается умение владеть движениями и соразмерять их, получается неловкость, угловатость, избыточные гримасы, недостаток координации, нарушения торможения. Это зависит повидимому от того, что в данном возрасте центральные органы отстают от роста их орудий, вследствие чего происходит освобождение примитивных аппаратов, которые перед этим уже подверглись правильной регулировке со стороны высших центров. В связи с этим двигательный облик у подростков нередко отличается неуклюжестью движений, плохо соразмеряемых с препятствиями; подросток спотыкается через собственные ноги, нелепо размахивает руками, роняет вещи, у него нет экономии движений. Такой моторный кризис соответствует кризису в телосложении и особенно психике, переживаемому подростком. У девочек в переходном возрасте меньше неловкости, угловатости, но больше неустойчивости; неровная походка, стремление ходить по две, по три, виснуть одна на другой; грациозность и подвижность детского возраста сохраняется дольше.

Лишь у взрослого налаживается окончательно двигательный облик, достигается экономия движений, улучшается техника. Устанавливаются характерные для каждого посадка, темп, использование мимики; путем упражнения автоматизируются привычные движения, что является основой субъективной уверенности при их производстве. Автоматизация менее ответственных движений дает возможность освободить функции высших двигательных центров для более сложных моторных актов; вместе с тем вырабатывается способность производства одновременных рядов движений, что зависит от наличия большого числа выработанных моторных формул.

Психическое развитие. Наиболее быстрое развитие психики, наибольший запас знаний несомненно ребенок получает в первые годы жизни. Указанное выше раннее развитие сенсорных механизмов широко открывает двери для внешних раздражений, постепенно регистрируемых и систематизируемых. Быстроте развития первых лет соответствует отмеченный выше быстрый рост головного мозга. Действительно, первые годы ребенок научается говорить, приобретает большой запас слов и разного рода двигательных энграмм, научается ориентироваться во внешнем мире, владеть своей двигательной системой; постепенно накапливается материал для развития все более и более усложняющихся функций, при этом филогенетически более старые психические механизмы, относящиеся к менее дифференцированным функциям, связанным в значительной мере, если не исключительно, с подкорковыми таламическими системами, развиваются у детей раньше. Это так называемые эргии Блейлера: эмоции, аффекты, инстинкты, влечения. Ребенок гораздо раньше научается эмоциональному

общению с окружающими, чем интеллектуальному. Он различает улыбающееся лицо от сердитого, различает слова, произнесенные с нежностью, по интонации, не понимая точного смысла этих слов, различает приятное от неприятного и реагирует на все это соответствующим образом: улыбкой, плачем, мимикой, жестом, т. е. выразительными движениями, которые могут считаться языком эмоций. Ребенку свойственны очень рано смены настроения, аффекты, зависящие от внутренних и внешних раздражений. Вообще следует отметить, что настроение зависит от внешнего и внутреннего состояния организма. Если данные, получаемые от организма, неблагоприятны (болезнь) — настроение плохое; если данные от внешнего мира указывают на опасности и неблагоприятные условия среды — опять-таки настроение окрашивается неприятными эмоциями печали, страха, тревоги и пр. При благоприятных данных изнутри и извне получают эмоции благоприятного, бодрящего характера. Таким образом эмоции являются сигналами, рисующими внешнее и внутреннее состояние организма. Такая сигнализация, определяя дальнейшее поведение индивидуума соответственно оценке внутренних и внешних обстоятельств, представляет полезное приспособление, выработанное животными на пути их филогенетического развития путем естественного подбора. Это положение становится еще более ясным, если мы обратим внимание на то обстоятельство, что эмоциями определяется в значительной мере не только внешнее поведение индивидуума, т. е. установка его центральной нервной системы, но и внутренняя экономика организма, т. е. установка вегетативной системы. Известно например, что в состоянии гнева не только учащаются сердцебиение и дыхание, но и повышается кровяное давление, повышается тонус мышц, уменьшается утомляемость, увеличивается количество сахара в крови и пр. Все эти явления зависят преимущественно от воздействия эмоционального раздражения через вегетативную нервную систему на железы внутренней секреции, главным образом надпочечник, который выделяет адреналин, определенным образом действующий на организм. Значение этих явлений состоит в приведении организма в боевую готовность, соответствующую обстоятельствам, вызвавшим аффект гнева. В эту сторону направлены все изменения, в особенности увеличение сахара в крови, необходимого для усиленной работы мышц. Такова внутренняя механика, благодаря которой гнев „придает силы“ человеку. При других эмоциях также соответствующим образом изменяются химические отношения в организме. Таким образом мы видим, что эмоции представляют старый психический механизм, имеющий большое биологическое значение. Неудивительно поэтому, что этот механизм развивается у детей ранее других, более дифференцированных психических функций. Преобладание эмоций над интеллектом наблюдается даже у детей старшего возраста, поведение которых направляется в значительной мере эмоциями. Нужно отметить, что и самые эмоции имеют у детей некоторые особенности, они более лабильны, менее стойки, легче переходят одна в другую, вследствие чего у ребенка быстрее происходит смена настроений переход от смеха к плачу, чем у взрослого. Недоразвитие корковых тормозящих центров

делает детские эмоции очень явными; их внешние двигательные и вегетативные выражения (вазомоторные, секреторные изменения, выразительные движения) проявляются беспрепятственно, не задерживаются; ребенок имеет возможность поэтому быстро отреагировать на все раздражения, вследствие чего в нервной системе не остается (в норме) осадков, комплексов, мучительных следов пережитого. В связи с этим у детей быстро сглаживаются единичные переживания. Зависящая от эмоциональной подвижности впечатлительность у детей повышена, но ретенция переживаний понижена. При этом на ребенка действуют преимущественно непосредственные впечатления, конкретные факты действительности. Известие о смерти близких гораздо меньше на него действует, чем вид смерти, хотя и чужого человека. Непосредственное влияние эмоций и особенно их резких колебаний — аффектов, а также влечений, при недостаточно развитых тормозящих корковых механизмах — является причиной детской импульсивности. Ребенок как бы находится во власти влечений и эмоций, соответствующие двигательные акты и все поведение являются следствием коротких замыканий, т. е. непосредственной передачи от механизма влечений и эмоций на двигательный аппарат без предварительной интрапсихической проработки. Для взрослого такое состояние возможно лишь в патологических случаях, для детей оно до известной степени нормально. Далее, живая деятельная психика ребенка, особенно дошкольника, обладающая уже в большей или меньшей степени всеми сенсорными и двигательными аппаратами, достаточным запасом слов, богатыми эмоциональными колебаниями и пр. — требует материала для своей деятельности, а фактического материала, доставляемого работой интеллекта, как раз у ребенка мало, — отсюда развитие воображения и фантазии, отсюда склонность к сказке и игре, дающим пищу для мозговой работы. Неумение ориентироваться в социальном пространстве, недостаток опыта и данных, имеющих отношение к внешнему миру, при развитых инстинктах (самосохранения и др.) и прочих эргиях, иными словами — преобладание механизмов, имеющих органическую основу и приспособленных к защите и сохранению собственного организма над более сложными установками социального порядка, являются причиной детского эгоизма, недостаточного альтруизма, жестокости и т. п. особенностей, до известных пределов свойственных и норме и дающих желательный сдвиг лишь при условии правильного воспитательного воздействия.

Дети обладают хорошей памятью в смысле ретенции усваиваемых фактов, но мнестические отпечатки становятся сколько-нибудь точными лишь при многократном повторении. Неточность восприятий и отпечатков ведет к неточности репродукции, столь свойственной детям даже старшего возраста. К свидетельским показаниям детей на суде следует поэтому относиться с большой осторожностью.

Деятельность интеллекта, связанного с механизмами, перерабатывающими внешние впечатления у детей, налаживается с большой постепенностью. Неустойчивость активных функций, в частности внимания, недостаток фактического материала, неспособность к отчетливости в установлении отношений между отдель-

ными фактами и признаками — характеризуют детский интеллект. Во всяком случае конкретное мышление гораздо более свойственно детям, чем абстрактное. Особенно в примитивном деревенском быту у детей даже старшего возраста преобладает исключительно конкретное мышление.

Кризисы в развитии ребенка. Нами уже было упомянуто, что развитие ребенка идет неравномерно во времени. Мало того, следует иметь в виду наличие переломных периодов — кризисов, когда происходит особенно интенсивный, притом не вполне равномерный рост и вместе с тем перестройка органов и функций организма его соматики, моторики и особенно психики. Эти кризисы определяются, с одной стороны, ходом биологического развития с другой стороны, — социальными моментами, в частности теми переменами во влиянии внешних факторов, которые связаны с новыми требованиями, предъявляемыми ребенку сообразно с его возрастом (например начало систематического обучения). Первым резким кризисом в человеческой жизни является конечно рождение, когда глубоко изменяются условия существования организма (кровообращение, дыхание, питание, температура, новые внешние раздражители) и создаются условия для проявления элементарных двигательных функций (сосание, недифференцированные массовые движения). В дальнейшем важно иметь в виду, что вступление в действие новых систем влечет за собою не только появление новых функций, но и изменение или же смещение, иногда торможение функций ранее действовавших механизмов, так как функциональная значимость каждой системы определяется не только ее особенностями, но и местом в ряду других систем. Таким образом развитие новых механизмов и их функций вносит пертурбации в другие функции, в конечном счете отражающиеся на деятельности всего организма. Накопление таких пертурбаций достигает степени кризиса в возрасте 1—2 лет, когда ребенок становится на ноги, начинает самостоятельно передвигаться, когда у него развивается речь, все это коренным образом влияет на положение ребенка во внешнем мире; приспособление к новым требованиям вносит глубокие изменения в соматику, моторику и психику. Усложняющаяся деятельность мышц при новых условиях статики и динамики движений (равновесие, координация, адаптация к внешним предметам) и соответствующей дифференцировке центральных нервных аппаратов (в частности включение пирамидной системы), ориентировка в пространстве, общение с окружающими при помощи речи, переработка новых впечатлений, широким потоком вливающих в психику, — все эти факторы ведут к быстрой перестройке всей внутренней экономики организма и его функциональных возможностей, что и лежит в основе кризиса данного возраста. Кризис этот не всегда проходит вполне благополучно. Запоздывание начала хождения и речи обычно бывает связано с задержкой (обычно временной) психического развития. Вот почему при собирании анамнеза особенно тщательно расспрашивают родителей о том, как протекало развитие ребенка именно в этом критическом возрасте (когда начал ходить? говорить и пр.). Следующий важный кризис протекает в дошкольном возрасте, точнее в конце его (6—7 лет). В этом возрасте отмечают:

общий быстрый рост тела в длину, связанный со сдвигом в деятельности эндокринного аппарата и вегетативной нервной системы, вступление в работу высших двигательных корковых механизмов, связанных с уточнением движений и выработкой тонких двигательных функций, изменения в психике в связи с приобретением новых знаний и навыков, с осмыслением отношений в окружающей среде и с соответствующими требованиями, предъявляемыми ребенку в этом возрасте (начало обучения чтению, письму и пр.). Неровности в поведении, эмоциональная неустойчивость иногда доходят до степени невротических проявлений. В этом возрасте часто наблюдаются двигательные неврозы (тики, заикание), вегетативные расстройства, нарушения сна, аппетита, онанизм, навязчивые состояния, трудности поведения (упрямство, доходящее до негативизма, чрезмерная подвижность или же, наоборот, вялость и пр.). В отдельных случаях, в зависимости от особенностей predispositions и главным образом от внешних условий, эти проявления кризиса бывают конечно более или менее резко выраженными, и сглаживание соответствующих отклонений происходит не одинаково быстро. В неблагоприятных, сравнительно редких случаях, некоторые расстройства, начинающиеся в дошкольном возрасте, фиксируются надолго (например заикания, тики).

Следующий наиболее известный кризис — пубертатный, связан с изменениями в эндокринной системе (развертыванием деятельности половых желез), с быстрым ростом и возмужанием всего организма, с соответствующими изменениями моторики и особенно психики, с появлением оформленного полового влечения и пр. Пертурбации во всех функциях сопровождаются временными нарушениями равновесия между ними, что и проявляется в эмоциональной неудовлетворенности, неровностях в поведении, в неадекватности реакций на внешние раздражения. Здесь наличие проявлений кризиса бывают конечно различными по интенсивности и длительности. Очень важно, что пубертатный кризис сопровождается половой дифференциацией; особенно у девочек развитие вторичных половых признаков, появление менструаций являются соматической основой ряда психических изменений. Вместе с тем пубертатный возраст является переходным и в социальном отношении: подростки вовлекаются в производство, начинается их профессиональная ориентировка; они должны приспосабливаться к новым требованиям, подвергать оценке свои силы и способности, намечать перспективы своей будущей деятельности, осознать свое социальное место. Иногда пубертатный кризис протекает так тяжело, сопровождается такими характерологическими изменениями, что возникают ошибочные предположения о возможности начала серьезных психозов (особенно шизофрении). Впрочем нередко и действительно в этом возрасте могут начинаться психические заболевания, что требует большой осторожности при оценке пубертатных расстройств.

Выше приведенные биологические данные конечно далеко не исчерпывают вопроса о развитии человеческой личности, определяемым в первую очередь социальными факторами. Труд играет ведущую роль не только в развитии человеческого общества, но и в развитии отдельной личности. Социальное окружение ребенка, классовая принадлежность семьи, определяющие соответствующие

трудовые установки и навыки, влияние организованного школьного коллектива с его определенной трудовой направленностью, организации пионеров, педагогические воздействия и наконец производственная деятельность подростка, — являются теми моментами, которые формируют личность. Однако мы не будем останавливаться на этой стороне вопроса о развитии ребенка, так как соответствующие данные составляют предмет особой науки — педологии.

Заканчивая краткий очерк развития ребенка, мы должны подчеркнуть огромность индивидуальных колебаний, зависящих от биологических и социальных факторов. У отдельных индивидуумов не только не одинаково равномерно идет развитие, не только возможны, как указано, моменты затишья, но и некоторые запаздывания. Нужно быть очень осторожным с оценкой этих замедлений в развитии, так как часто они не имеют серьезного патологического значения; запоздавший ребенок при отсутствии резких биологических недостатков и при благоприятных внешних условиях может в конечном счете нагнать сверстников и вернуть себе место среди нормальных детей.

ГЛАВА II.

ЭТИОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ УКЛОНЕНИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.

Причины психических уклонений при всем многообразии могут быть отнесены к двум основным группам: 1) внутренние (эндогенные) факторы, связанные с особенностями данного организма, и 2) внешние (экзогенные) моменты — влияние среды в широком смысле слова. Фактически в каждом отдельном случае конечно не так легко выделить значение того или иного фактора, причем в одних случаях преобладает экзогенный фактор, в других — эндогенный. Соотношение эндогенных и экзогенных факторов осложняется еще одним обстоятельством: после того, как экзогенный фактор произвел те или иные изменения в организме (resp. в мозгу), следы или остатки этих изменений делаются составной частью биологических свойств организма и следовательно являются моментом условно-эндогенного порядка по отношению к новым внешним факторам, влияющим на организм. Таким образом фактически особенности каждого организма представляют весьма сложный результат взаимодействия свойств организма и внешних влияний, и если в отдельных случаях мы говорим о какой-либо основной причине заболевания, то при этом следует иметь в виду, что мы отмечаем лишь главную причину, без которой заболевание было бы невозможно, но в то же время должны подразумевать наличие и других причин и поводов более второстепенного характера, которые однако так или иначе все же имеют значение в развитии и тяжести заболевания.

Далее следует иметь в виду, что один и тот же фактор не всегда имеет одинаковое значение в этиологии заболевания. Так например, в одних случаях инфекция является непосредственной

причиной болезни, в других же она имеет значение лишь predisposing фактора, ослабляя организм и делая его более восприимчивым к другим заболеваниям. Впрочем некоторые факторы играют почти исключительно роль predisposing: например пол, возраст — из числа endogenous; климат, время года и т. п. — из числа exogenous.

Из сказанного видно, насколько условны понятия об endogenous и endogenous факторах. То же следует сказать и о делении факторов на биологические и социальные. При этом было бы неправильным отождествлять endogenous с биологическим и exogenous с социальным. Психические свойства личности и самая структура человеческой психики формируются под решающим влиянием социальных моментов и поэтому включают в себя социальное, трансформируя биологическое и образуя с ним единое целое. С другой стороны, exogenous факторы (например инфекции) могут быть биологическими по своей природе и в то же время в своем проявлении биологических свойств всецело обусловленными неблагоприятными или благоприятными социальными моментами, способствующими распространению или преодолению инфекций (почему и возможно понятие напр. о сифилисе, как „социальной болезни“).

Однако и такое подразделение требует оговорок. Вообще вопрос о взаимоотношении биологического и социального представляет огромные трудности и мы здесь не можем претендовать на его разрешение. Несомненно у человека социальное является ведущим, „сняющим“ или лучше „трансформирующим“ биологическое. Вместе с тем, как в структуре и развитии нормальной психики, так и в генезе болезненных уклонений социальное неотделимо от биологического и если все же мы продолжаем говорить о том и другом отдельно, то это следует понимать лишь условно и примерно в таком смысле, как это допустимо при отдельном рассмотрении анатомического и физиологического, физического и химического, хотя в природе физиологическое неотделимо от анатомического и т. д.

Как социальное трансформирует биологическое указывают нам история возникновения и развития общественного человека и новейшие данные физиологии — в особенности роль общественного труда в формировании поведения человека (физиология труда в применении к социалистической рационализации труда, воспитание условных рефлексов у человека и пр.)

Известны высказывания Энгельса о роли труда и членораздельной речи в развитии человека, что „труд создал самого человека“.

Человек превратился в общественное животное, делающее орудия производства. Этот процесс, начавшийся с трансформации биологического комплекса первобытного человека под влиянием социальных факторов, продолжается на протяжении всей истории развития человечества и в социалистическом обществе должен в силу гармоничности этого общества получить могучий толчок к дальнейшему развитию. Отсюда видно, что между биологическим и социальным существует взаимодействие при решающей роли труда.

Здесь можно указать хотя бы на будущую роль социалистической евгеники и применения законов физиологии труда в практике социалистического общества в одном случае, на влияние социальных моментов на протекание физиологических реакций (проблема утомляемости при социалистическом соревновании, утомляемость при принудительном и свободном труде и пр.) — в другом. Это единство, взаимопроникновение и взаимодействие биологического и социального, так же как и ведущую роль социалистических отношений в этом процессе, Маркс характеризовал в одном тезисе о Фейербахе: „Сущность человека не есть абстракт, присущий отдельному индивидууму. В своей действительности она есть совокупность общественных отношений“, и еще более определенно в другом месте: „Мое собственное бытие есть общественная деятельность“, „Чувства общественного человека иные, чем не общественного“, „Образование пяти чувств — это продукт всемирной истории“.

Следует полагать, что марксистская методологическая проработка психопатологии даст возможность более точного и определенного применения понятий биологического и социального и вместе с тем приведет к иному научному построению проблемы этиологии психических расстройств.

Признавая, что возможность выделения различных факторов, влияющих на развитие психики, на ее изменения и болезненные расстройства, с теоретической точки зрения может быть оспариваема, мы все же условно такие факторы различаем, так как их учет имеет практическое значение для установления тенденции соответствующих изменений (следовательно прогноза) и для определения лечебно-профилактических мероприятий. С вышеприведенными оговорками мы рассмотрим в дальнейшем схематически основные группы факторов, имеющих значение в этиологии психических заболеваний преимущественно детского возраста.

Индивидуум в том виде, как мы его наблюдаем (*phaenotypus*), представляется сложным продуктом: 1) свойств, которые он получил по наследству через зародышевую плазму (*idiotypus*), 2) свойств приобретенных (*paratypus*). И идиотип и паратип не неизменны; влияния, изменяющие идиотип, называются идиокинетическими факторами, и те изменения, которые получает в результате идиотип, называются идиовариациями, или мутациями. Факторы, действующие на паратип, называются паракинетическими, и результат их действия дает паравариации или модификации.

Идиотипические свойства имеют корни в наследственной массе (идиоплазме), передающейся из поколения в поколение путем идиофории, т. е. сохранения основных особенностей данного вида; поэтому они обладают стойкостью и малой изменчивостью; идиокинетические влияния, правда, как сказано, могут изменять эти свойства, но медленно и нерезко; при этом получающиеся идиовариации или укрепляются, если они полезны, или уничтожаются путем естественного подбора.

Напротив, паратипические свойства, не имеющие корней в наследственности, нестойки, лабильны и паравариации (модификации) исчезают вместе с индивидуумами, у которых они развились, не передаваясь, по крайней мере в большинстве случаев, дальше по

наследству. Паратипические свойства могут развиваться еще во время внутриутробной жизни индивидуума и тогда они являются врожденными; следует поэтому строго различать термины „врожденный“—относящийся к паратипу, и „наследственный“—относящийся к идиотипу.

Итак, только наследственное предрасположение, связанное с идиотипом, является эндогенным моментом в тесном смысле слова. Наряду с наследственным предрасположением можно отличать, уже как условные эндогенные факторы, предрасположение врожденное и приобретенное. Рассмотрим все три вида предрасположения в отдельности.

Наследственное предрасположение. Как известно, согласно законам наследственности, передаются главным образом идиотипические свойства родителей, причем эти свойства могут быть в латентном состоянии у непосредственных производителей. Лишь исследование всей семьи при учете заболеваний прародителей и боковых ветвей может дать указание на наследственное происхождение определенных свойств, так как эти свойства, связанные с распределением ген в зародышевой плазме, не у всех представителей данной семьи выявляются в выраженной форме. Вопрос о том, могут ли передаваться по наследству и приобретенные свойства производителей, чрезвычайно сложен и до сих пор не может считаться решенным.

Таким образом следовательно исследование наследственности имеет значение в смысле изучения передачи как нормальных свойств (разного рода склонностей, способностей, одаренности), так и болезненных, в частности психических заболеваний. Наследственное влияние особенно сильно в этиологии таких болезней, как маниакально-депрессивный психоз, психопатии, психоз навязчивых состояний, отчасти эпилепсия и др. В этих заболеваниях значение идиотипических свойств организма и конституциональной основы особенно значительно.

Дегенерация. Накопление патологических наследственных признаков, благодаря которым получается резкое отклонение субъекта от нормы, носит название дегенерации или вырождения. Вырождение сказывается в психических извращениях и физических уродствах и обычно является выражением патологических особенностей целой семьи. Особенно благоприятные условия для вырождения получаются в патологических семьях в результате браков между родственниками, т. е. при отсутствии притока свежей крови: вырождение дворянской знати (династии монархов), а также при браках между представителями двух патологических семей. В том и другом случаях получается множественное накопление патологических признаков, в результате чего может произойти угасание рода как результат вырождения.

Врожденное предрасположение является следствием поражения зачатка или плода. Результатом такого поражения могут быть более или менее резкое понижение жизнеспособности ребенка, неправильность и задержка его развития и те или иные болезненные состояния (главным образом олигофрения). При этом не получается передачи признаков, свойственных родителям или вообще данной семье, как при наследственном предрасположении; правда, и при поражении зачатка причиной патологического состояния

ребенка часто является болезненное состояние родителей; но эти состояния не передаются как таковые, а лишь нарушают жизне-способность плода. Например случайная болезнь в общем полноценного физически и психически родителя может быть причиной повреждения зачатка, в результате которого ребенок может оказаться идиотом. Ясно, что здесь получилась не передача свойств родителя, а болезненное повреждение плода. Чаще всего такое влияние на зачаток и плод оказывают алкоголизм, сифилис, а также другие инфекционные болезни, отравления и травмы матери во время беременности. Не всегда эти случаи поражения зачатка можно практически разграничить от наследственных форм, но здесь важно принципиальное установление различия между наследственными и врожденными заболеваниями; в частности сифилис конечно бывает лишь врожденный (конгенитальный), а никак не наследственный, как это часто говорят; сифилис не заключается в идиоплазме, он паразитирует зачаток или же плод и относится следовательно к паратипическим свойствам.

Приобретенное предрасположение. Как уже отчасти упоминалось, те или иные болезни, повреждения, отравления организма влияют на биологические свойства центральной нервной системы и дают приобретенное предрасположение, так или иначе изменяющее реакцию субъекта на новые внешние агенты и влияния среды. Ребенок, перенесший менингит, энцефалит и т. п., дает конечно иные реакции на окружающее, и в частности на новые болезнетворные агенты. В таких случаях некоторые авторы (Марциус) говорят о приобретенной конституции. Сам по себе детский возраст несомненно имеет значение фактора, в большей или меньшей степени предрасполагающего к заболеваниям. Частота инфекций в детском возрасте и особая ранимость нервной системы под влиянием инфекционно-токсических вредностей, лабильность вегетативно-эндокринного аппарата, эмоциональная неуравновешенность, — все эти особенности способствуют заболеваемости детей нервно-психическими отклонениями. С другой стороны, большая пластичность детской психики и повышенная способность организма к регенерации являются благоприятными моментами, улучшающими течение некоторых заболеваний. Далее в пределах детского возраста имеются также очень большие различия в смысле предрасположения к заболеваниям; в частности в периоды кризисов (особенно дошкольном и пубертатном) наблюдается повышенная ранимость психики. Кроме того, если у детей младшего возраста преобладающее значение имеют заболевания в связи с врожденными причинами и ранними инфекциями, то у старших детей, и особенно подростков, все более усиливается прямое значение социальных моментов, оказывающих влияние и на формирование характера и на возможность тех или иных отклонений.

Экзогенные факторы. В сущности, как сказано, даже врожденное предрасположение (поражение зачатка и плода), не говоря уже о приобретенном, является следствием внешних факторов и может считаться эндогенным лишь по отношению к новым влияниям среды. Мы здесь лишь вкратце перечислим важнейшие внешние факторы, с которыми приходится иметь дело при изучении этиологии психических заболеваний детского возраста.

Травматическое повреждение во время родов, соматические заболевания, инфекции острые и хронические, в частности сифилис и эпидемический энцефалит, отравления и аутоинтоксикации, расстройства желез внутренней секреции¹, психические травмы,— вот те основные моменты, которые у детей, как и у взрослых, являются внешними причинами заболевания. При этом следует отметить, что инфекции гораздо чаще вызывают поражения нервной системы у детей, чем у взрослых, вследствие особенностей организма, не закончившего своего развития; равным образом поражение желез внутренней секреции резче сказывается на детском организме и в частности на психических функциях, так как инкреты желез имеют особое значение для роста и развития, в частности центральной нервной системы. Зато отравления, связанные с бытовыми (алкоголь) или профессиональными условиями жизни, имеют меньшее значение в детской патологии.

Значение психических и социальных факторов не всеми одинаково оценивается. С одной стороны, нередко преувеличивают значение психических травм в этиологии болезней, имеющих иные причины (например влияние испуга на развитие эпилепсии), с другой стороны, часто не дооценивают значение психических переживаний для развития некоторых реактивных форм и характерологических уклонений. Несомненно, в ряде случаев мы имеем заболевания, непосредственной причиной которых являются психические травмы, обусловленные нарушением нормального протекания физиологических процессов ц. н. с. (это так называемые психогенные реакции); в других случаях неблагоприятные психические факторы, связанные с отрицательными аффектами (страх, тревога и пр.), имеют значение predisposing или провоцирующего момента для развития или ухудшения заболевания, имеющего иную этиологию (например при шизофрении). К психическим факторам относится также влияние раздражения (так называемая „психическая инфекция“), имеющего известное значение при возникновении некоторых симптомов (при истерии двигательных неврозах).

Тесным образом примыкают к психическим и отчасти их покрывают **социальные факторы**, которые имеют огромное значение для нервно-психической заболеваемости и оказывают влияние на проявления психических расстройств и на их содержание.

Еще больше значение социального фактора не непосредственное, а как predisposing момента для появления и развития других экзогенных вредностей. В конечном счете социальный фактор является основным predisposing моментом психической заболеваемости, тем фоном, на котором разворачивается влияние других экзогенных факторов — инфекций, интоксикаций, производственных травматизаций и т. д. социальный фактор влияет и на эндогенные моменты, поскольку выросшие на данной социальной почве экзогении влияют на потомство заболевших (повреждение зачатка и пр.) Таким образом эндогенная врожденная неполноценность индивидуума имеет экзогенные (связанные с социальным фактором) корни в болезнях родителей.

¹ Аутоинтоксикации и дисфункции желез, как соматогенные моменты, эндогенны по отношению ко всему организму, но экзогенны по отношению к мозгу (экзоцеребральны).

Особое значение имеет детская беспризорность, как фактор, с одной стороны, травмирующий психику, создающий условия для повышения соматических заболеваний, с другой стороны, лишаящий ребенка положительных элементов социального порядка, влияющих на психическое развитие, в результате получают помимо случаев выраженных психических заболеваний ряд более или менее стойких изменений характера, антисоциальные навыки, педагогическая запущенность, отсутствие привычки к умственному и физическому труду. Эти отклонения частью являются патологическими, частью относятся к социальной деградации; во всяком случае, особенно при наличии предрасположения, беспризорность является одним из вредных факторов, нарушающих психическое здоровье детского населения.

При изучении экзогенных факторов все время приходится встречаться с тем всем известным обстоятельством, что при одинаковых внешних причинах не все дети заболевают, и заболевшие дают неодинаковые патологические проявления. Конечно это зависит от неодинакового предрасположения. Излишне особо подчеркивать, что лишь известное взаимоотношение внешних и внутренних причин дает в результате определенное заболевание.

ГЛАВА III.

СИМПТОМАТОЛОГИЯ.

При психоневрологическом исследовании ребенка принимаются во внимание не только симптомы со стороны центральной нервной системы, но и все особенности данного организма. Поэтому в настоящей главе, посвященной общей симптоматологии психических заболеваний детского возраста, мы рассмотрим в кратких чертах как физические, так и психические явления, наблюдающиеся при различных болезнях. При этом следует иметь в виду динамику развития детского организма: явления, которые свойственны нормальному ребенку определенного возраста, могут оказаться болезненными, если они наблюдаются в другом возрасте, и наоборот. Физическое и психическое развитие ребенка, зависящее от возраста, с другой стороны, в значительной мере накладывает свой отпечаток на патологические отклонения, свойственные той или другой болезни.

Строение тела. Антропометрические измерения (особенно роста, веса, окружности черепа, груди, длины конечностей и пр.) у детей имеют прежде всего значение в смысле определения соответствия физического развития данного ребенка своему возрасту. Более подробные данные соматометрии и соматоскопии необходимы для определения типа телосложения. Несоответствие возрасту размеров тела и его отдельных частей, нарушение пропорций и пр. является, как мы увидим впоследствии, одним из очень важных признаков, свойственных некоторым болезненным расстройствам, особенно связанным с нарушением деятельности желез внутренней секреции (инфантилизм, гигантизм, евнухоидизм и прочие формы).

При рассмотрении телосложения очень важно учесть те особенности которые в значительной мере свойственны различным нормальным вариациям и лишь заострения которых имеют значение в области патологии. Как известно, Кречмеру удалось доказать наличие известного соотношения между типами строения тела и предрасположением к определенным психическим заболеваниям.

В дальнейшем помимо психозов Кречмером и другими авторами доказано наличие связи (афинность) между телосложением и характерологическими особенностями личности в ее патологических (психопатии) и нормальных вариациях. Учение Кречмера о соотношении телосложения и характера дополнено впоследствии данными о такой же афинности телосложения (и характера) с психомоторикой (Гуревич, Озерецкий, Энке, Сухарева и др.).

Кречмер различает следующие типы:

1. Лептосомы (астеники) характеризуются слабым ростом в толщину при значительном росте в длину, узкими плечами, тонкими кистями, узкой грудной клеткой, слабыми мышцами, недостатком развития жира, нежной кожей, низким весом тела, тонким, узким яйцевидного очертания лицом, небольшим черепом.

2. Атлетический тип характеризуется сильно развитыми скелетом и мускулатурой, широкими плечами, высокой грудью, крупными кистями и стопами, средним развитием жира, плотной кожей, вытянутой овальной формой лица, массивной нижней челюстью, хорошим ростом и весом.

3. Пикнический тип характеризуется сильным развитием внутренних полостей (головы, груди и живота), склонностью к ожирению, нежной структурой двигательного аппарата (плечевого пояса и конечностей). Пикники обладают средним ростом, плотной фигурой, короткой шеей, округленными плечами, широкой грудью, большим животом; рельеф мышц и костей слабо выражен. Кисти мягкие, короткие, широкие. Лицо широкое, мягкое, округленное, цвет лица розовый, профиль отчетливый, но не резкий.

4. В дополнение к указанным типам Кречмера Гуревич выделяет инфантильно-грацильный тип, характеризующийся малыми детскими размерами, грацильностью и гармоничностью отдельных частей, малыми размерами головы. Кости хрупки, нежны, конечности пропорциональны туловищу, черты лица мелкие, правильные, профиль неоформленный, кожа нежная, тонкая, прозрачная, эластичная, подкожный слой достаточно развит, грудная клетка довольно широкая, таз узкий, мышцы умеренно развиты, но контуры их сглажены. Тип похож на пикнический по состоянию мягких частей, но отличается малым размером полостей, особенно головы, и общей грацильностью. Отсутствие диспропорции, общая гармоничность развития отличают этот тип от диспластических форм; вместе с тем ему свойственна афинность с определенными типами моторики и характера.

Помимо основных типов строения Кречмер описывает еще ряд диспластических форм, представляющих уже более или менее ненормальные отклонения:

1. Евнухиды — высокого роста, с чрезмерной длиной конечностей, ступеванным половым типом (асексуальная форма таза, приближающаяся к женскому), причем у мужчин объем груди уже

объема таза; далее евнухоидам свойственно недостаточное развитие половых органов.

2. Другая форма евнухоидов — с резким ожирением, слабой волосистостью на лице и пр., небольшим ростом и также недоразвитием половых органов; ожирение у этих субъектов носит безобразно болезненный характер (в отличие от пикников, у которых ожирение не достигает таких степеней).

3. Маскулинизм — диспластическая форма, свойственная женщинам и отличающаяся длинными конечностями, узким тазом и слабо выраженными грудными железами.

4. Гипопластические формы; при них редко сохраняется гармония роста, чаще гипопластики являются вместе с тем и диспластиками; особенно часто недоразвитие частей лица: носа, губ, подбородка, кистей, стоп, таза; получается неправильная жалкая фигура.

Описанные выше типы строения связаны с общими конституциональными особенностями организма и в частности с психическим складом, характером субъекта и его склонностью к определенным психическим заболеваниям. Так, Кречмером установлена корреляция между шизофренией и шизоидным характером, с одной стороны, и астеническим и диспластическим телосложением — с другой; далее, между маниакально-депрессивным психозом (и циклоидным характером) и пикническим телосложением. Диспластическое телосложение помимо шизофрении особенно часто бывает связано с различными видами олигофрении, а также с эпилепсией. Инфантильно-грацильное телосложение часто коррелирует с психическим инфантилизмом, с реактивнолабильной (истероидной) конституцией. Далее, по нашим наблюдениям, с телосложением связаны двигательные особенности субъекта. Пикническому типу свойственны ловкие, соразмерные, плавные, точные движения; лептосомному — вялые, слабые, неловкие движения при хорошей ручной умелости; атлетическому — сильные, угловатые движения, хорошо координированные грубые двигательные акты, недостаточно точные мелкие движения; инфантильно-грацильному типу — грациозные, плавные, но недостаточно точные движения.

Таким образом мы видим, что исследование телосложения далеко выходит за пределы антропологического интереса и представляет огромное значение при психоневрологическом исследовании организма.

Нужно однако иметь в виду, что типы Кречмера, выделенные у взрослых, не так легко различаются у детей, тем более, что до сих пор не выработано подробных таблиц для всех детских возрастов, характеризующих тот или иной тип, как это сделано по отношению к взрослым. Поэтому в сущности при рассмотрении детского телосложения приходится главным образом руководствоваться соматоскопическими данными, что конечно очень несовершенно. В детском возрасте, или даже лучше сказать в разных детских возрастах, телосложение само по себе настолько меняется, что трудно бывает усмотреть за этими возрастными изменениями тот или иной основной тип строения. В частности в пубертатном периоде большинство детей сильно вытягивается в высоту, размеры в ширину отстают и лептосомное астеническое телосложение в этом возрасте кажется преобладающим, что конечно не соответ-

ствуется действительности, так как более подробное и длительное наблюдение и исследование позволяют убедиться, что свойственный субъекту тип строения тела, подвергаясь возрастным изменениям и так или иначе затухая, все же остается стойким свойством данного организма. Во всяком случае из сказанного ясно, что нужно быть очень осторожным при определении типов сложения у детей. Наиболее определенными и пожалуй важными для патологии являются впрочем диспластические типы, как уклоняющиеся от нормы и легче поддающиеся распознаванию.

Учение Кречмера о типах телосложения приобрело большое значение сравнительно с прежними попытками в этом направлении (например Сиге) именно благодаря установлению связи этих типов с другими особенностями организма и возможности привлечь изучение внешних соматических свойств для оценки всего организма в целом. Однако при всей ценности типологии Кречмера необходимо иметь в виду и ряд ее существенных недостатков: схематичность, недостаточный учет динамики развития и влияния социальных факторов на формирование телосложения и пр.

Применяя данные Кречмера, всегда следует помнить об их относительном значении. Связь телосложения с психикой не может считаться непосредственной, эта связь несомненно устанавливается через промежуточные звенья, пока еще не вполне точно установленные; такими промежуточными звеньями можно считать эндокринно-вегетативный аппарат, который связан с центральной нервной системой и в то же время оказывает несомненно большое влияние на формирование и рост тела. Возможно, что таким звеном служит и психомоторика, связанная и с психическими функциями и с периферическим двигательным аппаратом. При отсутствии непосредственной связи между телосложением и психикой и вероятном наличии промежуточных звеньев понятны непостоянство, относительность и подвижность этой связи в зависимости не только от конституциональных особенностей, но и от возрастного развития и от внешних преимущественно социальных моментов (профессии, образа жизни и пр.). Особенности телосложения таким образом не являются решающими для определения психических свойств личности и не связаны фатальным образом с развитием определенных психических заболеваний. Тип телосложения следует лишь учитывать при исследовании организма, как и всякий другой признак и наряду с другими особенностями. Не нужно забывать при этом, что и прочие особенности организма, признаки и симптомы заболеваний также не имеют абсолютного значения. Даже такие важные симптомы, как например изменения зрачковых реакций при прогрессивном параличе не абсолютно патогномичны для этой болезни; тем не менее всякий признак должен быть учитываем, так как из их сопоставления и оценки вытекает возможность распознавания болезни. С указанной точки зрения следует подходить и к учению Кречмера, типология которого является важным отправным пунктом для дальнейших исследований и уже в настоящее время должна быть использована при изучении особенностей личности в их взаимной связи.

Наряду с типами Кречмера, имеющими конституциональное значение и дающими лишь в своих диспластических формах опреде-

ленное отклонение в патологию, следует еще различать патологические типы, имеющие медицинское значение в смысле болезненных отклонений и в значительной степени связанные с паратипическими особенностями и заболеваниями. Укажем на наиболее часто встречающиеся в детском возрасте формы: 1) астенический тип характеризуется узкой грудью, слабыми мышцами, резкой возбудимостью вегетативной нервной системы (сердцебиение, одышка и пр.), склонностью к заболеванию туберкулезом; 2) тимико-лимфатический тип, близкий к первому (тоже слабая мускулатура, тонкая кожа), кроме того высокий рост, увеличенные лимфатические железы, наличие *thymus persistens*; железа не атрофируется как ей полагается к 7—8 годам; 3) экссудативный тип с склонностью к воспалительным поражениям дыхательных путей.

Помимо отклонений в общем строении тела следует отличать наличие аномалий и уродств со стороны отдельных органов. Это так называемые дегенеративные признаки, понятие о которых частью покрывается понятием о диспластическом строении тела. К дегенеративным признакам, которые имеют особое значение в случае их множественности у одного и того же субъекта, относятся такие явления, как волчья пасть, заячья губа, микроцефалия, полидактилия, полимастия (лишние грудные железы), аномалии строения ушных раковин, недоразвитие конечностей, пальцев, нижней челюсти, кожные перепонки между пальцами, отсутствие пигмента в волосах, коже, радужной оболочке и т. д.

От этих аномалий развития следует отличать изменения формы различных частей тела в связи с теми или иными патологическими внешними моментами. Сюда относятся: травматические поражения, конгенитально-люэтические изменения — западение корня носа (седловидный нос), периоститы, дефекты мягкого и твердого неба, полулунные вырезки на резцах (Гетчинсоновские зубы); далее рахитические изменения, которые характеризуются расстройством окостенения, долгим незаращением родничков и швов черепа, искривлениями грудной клетки и конечностей, изменением формы черепа (четырехугольный череп вследствие разрастания теменных и лобных бугров), и прочими особенностями, иногда чрезвычайно резко нарушающими строение тела.

Симптомы со стороны **внутренних органов** подлежат также анализу, так как ими, особенно у детей, очень нередко объясняется очень многое из нервно-психических отклонений. Состояние сердца, легких, лимфатических желез, наличие рахита, туберкулезной интоксикации, малярии, соматических изменений люэтического характера, поражение дыхательных путей (носовые полипы), состояние зубов, — все эти особенности должны быть учтены при изучении детской психики. Далее следует обратить внимание на общее состояние организма в смысле питания, наличия истощения. При этом важное значение имеет исследование крови — количество красных кровяных телец, определение лейкоцитарной формулы, определение гемоглобина; нужно иметь в виду, что у детей меньше нейтрофильных лейкоцитов, больше лимфоцитов. Лейкоцитарная формула зависит от состояния организма, наличия инфекций, истощения, переутомления. Конституциональные особенности крови в отношении способности агглютинировать эритроциты других людей дали

возможность выделить четыре группы. Значение этих групп не вполне выяснено и находится в стадии изучения, но во всяком случае принадлежность к той или иной группе подлежит учету; повидимому и в настоящее время ясна болезненная неустойчивость субъектов, относящихся к первой группе. Далее чрезвычайно важное значение имеет исследование крови и цереброспинальной жидкости по Вассерману, дающее возможность установления наличности активного льюэса в организме. Ряд других биохимических и серологических исследований имеет более частное значение и будет нами упомянут в своем месте.

Очень важное значение имеет обследование **эндокринного аппарата**, так как его дисфункция, как известно, играет большую роль не только для правильного роста организма в целом, но и для функционирования центральной нервной системы. Некоторые железы (щитовидная, яички), расположенные поверхностно, доступны непосредственному исследованию; *thymus* может быть определена выстукиванием — важно убедиться в ее наличности, так как в норме к 7 годам она должна атрофироваться, а продолжающаяся ее функция ведет к патологическим последствиям (*status thymico-lymphaticus*). Другие железы не подлежат непосредственному исследованию и их дисфункция определяется лишь на основании патофизиологических симптомов. Рассмотрением болезненных уклонений, связанных с поражением отдельных желез, мы займемся в дальнейшем, здесь же отметим, что эндокринные железы, будучи концевыми биохимическими аппаратами вегетативной нервной системы, тесно связаны с неврологическими механизмами. При этом не только железы влияют на нервную систему, но и обратно, нервная система управляет железами. Таким образом поражение желез бывает не только причиной, но и следствием поражения нервной системы, а в иных случаях изменения нервной системы и желез являются последствием одного и того же фактора — общего поражения организма. Таким образом нужно быть очень осторожным с обобщениями в смысле объяснения тех или иных психических расстройств дисфункцией эндокринных желез. При описании отдельных болезней мы конкретно встретимся с соответствующими вопросами.

Рассмотрение **двигательных** особенностей детского организма приобрело особое значение лишь за последнее время в связи с изучением анатомо-физиологических основ двигательных механизмов. При исследовании двигательной сферы необходимо, с одной стороны, учесть степень общей двигательной одаренности и ее соответствия с данным возрастом, с другой стороны — установить степень развития отдельных двигательных способностей, связанных с определенными механизмами.

При рассмотрении двигательных особенностей детского организма необходимо обратить внимание на следующее:

1. Наличие параличей, парезов, судорог, гиперкинезов (дрожание, хореатические движения, атетоз, тики и пр.), т. е. расстройств, констатируемых обычными неврологическими методами исследования и зависящих главным образом от грубых очаговых поражений нервной системы, иногда же от более тонких нарушений функций двигательных механизмов (при некоторых психогенных

заболеваниях), причем однако в последнем случае симптомы носят несколько иной характер.

2. Наличие так называемых кататонических двигательных расстройств (катаlepsия, ступор, стереотипии и пр.), связанных с психическими механизмами; зависимость от последних определяется тем обстоятельством, что с изменением психического состояния изменяются и кататонические расстройства.

3. Конституциональные двигательные особенности, связанные с телосложением и характером и зависящие от большей или меньшей степени развития отдельных двигательных механизмов, и их соотношения. Эти особенности варьируют также у детей соответственно с возрастом.

4. Наличие двигательной недостаточности; при ее определении необходимо иметь в виду, что недостаточность может быть неравномерной и зависит от большего или меньшего недоразвития отдельных систем. Этим определяется разнообразие различных форм двигательной недостаточности.

Общая двигательная одаренность детей исследуется по метрической шкале, составленной Озерецким, которая дает возможность учесть степень одаренности или отсталости соответственно возрастам. Для исследования отдельных двигательных функций также имеется особая методика помимо чисто неврологического исследования.

В детском возрасте выделяются следующие формы двигательной недостаточности:

I. Тип Дюпре (*débilité motrice*), который выражается в паретонии, усилении сухожильных рефлексов, пертурбации плантарных рефлексов, синкинезиях вследствие неполной дифференцировки и неловкости волевых движений. Двигательная недостаточность этого типа представляет несомненно очень частое явление. Во всех этих случаях по нашим наблюдениям констатируются также недостаток ритмичности, пониженная психомоторная активность, эмоциональная вялость и в то же время сохранность защитных, выразительных и ассоциированных движений. В большинстве случаев дело идет об интеллектуально отсталых детях, но не всегда. В некоторых случаях эта форма наблюдается у интеллектуально полноценных психопатов, большей частью шизоидного типа. Двигательная недостаточность Дюпре представляет общее недоразвитие соответствующих способностей и по видимому базируется на недостаточности всего моториума или во всяком случае многих его систем, однако по видимому здесь идет дело о преимущественном недостатке корковых механизмов, по крайней мере на это указывают недостаточная дифференцированность движений, частые недостатки речи, неловкость волевых движений и пр. Сам Дюпре связывает *débilité motrice* с недостатком развития пирамидной системы.

II. Тип Гомбургера (Homburger) — моторный инфантилизм, выражающийся в замедлении двигательного развития, причем у субъекта остаются признаки, свойственные движениям раннего детства. Эта форма основана на недостаточной дифференцировке взаимоотношений пирамидной и экстрапирамидной систем. К явлениям моторного инфантилизма относятся: 1) наличие симптома Моро, в норме свойственного возрасту до 3 месяцев, 2) изолированная

дорсальная флексия большого пальца ноги при раздражении подошв (без других пирамидных симптомов), 3) изолированное положение большого пальца ноги в дорсальной флексии при стоянии, хождении или лежании после исчезания симптома Бабинского, 4) тенденция к супинации и плантарной флексии ног при сидении или лежании (но обычно не при хождении), причем отсутствуют спастические явления, 5) хватательные движения ног, 6) преобладание сгибательных синергий при хватании, 7) сгибательное положение рук, 8) запаздывание сидения и хождения, 9) вялость мускулатуры головы и шеи, 10) явления пропульсии, 11) атетоидные движения.

Все эти явления наблюдаются в разных комбинациях, причем в отдельных случаях имеются налицо не все симптомы, а лишь некоторые из них. При повторном исследовании обыкновенно оказывается, что с возрастом явления инфантилизма постепенно сглаживаются; запаздывание и недостаток умственного развития — обычное явление у таких детей.

III. Описываемый Валлоном (Wallon) тип церебеллярной двигательной недостаточности, выражающийся асинергией, дисметрией, общей неустойчивостью, расстройствами со стороны тонуса и прочими явлениями, связанными с недоразвитием церебродеребеллярных координационных систем.

IV. Тип экстрапирамидной недостаточности, характеризующийся недоразвитием соответствующих систем, что выражается отсутствием или недостаточностью ассоциированных автоматических и защитных движений, некоторых статических установок, выразительных движений (мимики, жестов, отчасти речи) и пр. Обычно и этот тип бывает связан с умственной недостаточностью, впрочем в подробно описанном нами случае экстрапирамидная недостаточность почти не связана с умственным недоразвитием.

V. Описанный нами тип фронтальной недостаточности, который характеризуется: 1) отсутствием формул движений и способности их вырабатывать, 2) недостатками и даже более или менее полным недоразвитием речи при сравнительно хорошем ее понимании, 3) чрезмерной подвижностью, которая может быть объяснена расторможением подчиненных лобным системам моторных центров, 4) резким недостатком активного внимания, 5) повышенным настроением, что часто наблюдается, как известно, при фронтальных поражениях, 6) иногда легкой мозжечковой атаксией, также свойственной фронтальным расстройствам и зависящей от поражения фронтального отрезка фронто-пonto-церебеллярных систем. Следует заметить, что в некоторых случаях речь, напротив, находится в достаточно развитом состоянии, причем в ней отмечаются *mutatis mutandis* те же особенности, что и в прочих движениях субъекта, а именно беспорядочность, непоследовательность, аграмматизм, акатафазия. Главным же свойством этой формы нужно считать резко выраженную подвижность, видимое богатство и неутомимость движений, когда ребенок хватается одну вещь, быстро ее бросает, чтобы схватить другую, приводит вокруг себя все в крайний беспорядок. За видимым богатством движений кроется их крайняя непродуктивность, бесцельность; в действительности ребенок не в состоянии производить целесообразных последовательных движений, не может сам одеться, даже самостоятельно есть и т. п.

Вместе с тем у таких детей отсутствуют неврологически констатируемые двигательные расстройства; движения, при всей непланомерности, достаточно плавны, сильны и даже нередко пластичны в противоположность движениям моторных дебилов типа Дюпре. Таким образом в таких случаях мы не находим нарушения защитных и автоматических движений и установок, а также как правило расстройств со стороны статики и со сторон мышечного тонуса. Таким образом сущность двигательного расстройства у таких детей заключается в отсутствии формул (энграмм) движений и способности их вырабатывать, следствием чего и является невозможность производить последовательные ряды целесообразных движений при наличии правильных элементов движений, указывающих на отсутствие расстройства пирамидных и стриальных моторных систем. Отсутствие или недостаточность двигательных формул объясняется поражением или же недоразвитием высших фронтальных систем. Фронтальная двигательная недостаточность в одних случаях повидимому бывает связана с явлениями врожденного недоразвития (микроцефалы, так называемые эретические идиоты Геллера), а в других случаях с экзогенными факторами (энцефалиты и тяжелые травмы фронтальной области).

Все указанные формы двигательной недостаточности могут встречаться в смешанном виде и выражаться в различных степенях недоразвития, причем часть недостатков может быть устранена в дальнейшем в связи с общим ростом организма, другие же недостатки остаются стойкими особенностями данного субъекта. Учет двигательной недостаточности имеет большое значение как с точки зрения общей концепции состояния данного организма, так и с точки зрения лечебно-педагогических мероприятий.

Помимо указанных выше форм двигательной недостаточности наблюдаются нередко случаи частичных недостатков в области определенных специальных моторных функций. Сюда относятся различные врожденные недостатки речи, слабость письма, резкая ручная неловкость. Ночное недержание мочи тоже может быть отнесено к частичным моторным дефектам. Эти недостатки часто бывают связаны с левшеством, которое само по себе должно считаться двигательной аномалией. Все эти явления могут конечно быть выражением общей двигательной недостаточности (особенно у олигофренов), но они бывают и изолированно у субъектов в общем полноценных.

Органы чувств. Недостатки со стороны органов чувств прежде всего имеют значение в том отношении, что они влияют на общий ход развития ребенка; особенно важное значение имеет поражение слуха, в результате чего дети лишаются возможности научиться говорить без применения особых педагогических мероприятий; их восприятие внешнего мира, школьных знаний встречает очень большие препятствия; несколько иначе, но также весьма тягостно отражается на особенностях развития ребенка и слепота. Частичные поражения зрения и слуха также несомненно должны быть учитываемы.

Неврологические симптомы, давая возможность судить о выпадении или раздражении определенных функций, имеют тем большее значение, что благодаря их констатированию мы получаем возмож-

ность иногда очень точной локализации поражения. Исследование рефлексов сухожильных и кожных, движения глазных яблок, реакции зрачков, состояния всех черепных нервов, разного рода гиперкинезов, параличей, судорожных припадков, состояния чувствительности и т. д. оказывают неоценимую услугу при диагнозе психических расстройств, которым в значительной мере свойственны определенные неврологические симптомы. Поэтому неврологическое исследование должно быть самым подробным образом производимо во всех случаях психических отклонений.

Отсылая за подробностями к учебникам невропатологии, мы здесь вкратце отметим лишь важнейшие неврологические симптомы.

Сухожильные рефлексы. Наибольшее практическое значение имеют пателлярные или коленные рефлексы (разгибание в коленном суставе при постукивании по *ligam. patellare*), рефлекторная дуга которых соответствует 3—4-му поясничным сегментам. В случае произвольного сокращения мускулатуры со стороны испытуемого отвлекают его внимание вопросами или же заставляют растягивать руки, чтобы направить волевую иннервацию на мускулатуру верхних конечностей (прием Ендрасика). Понижение коленных рефлексов или их полное отсутствие может быть связано с невритами, заболеванием задних корешков, поражением задних столбов спинного мозга. Повышение коленных рефлексов бывает при неврозах, но особенно сильно выражено при различных органических заболеваниях вследствие расторможения рефлексов от влияния корковых двигательных систем (сифилис мозга, прогрессивный паралич, головная водянка, поражение пирамидных путей при различных очаговых заболеваниях и пр.). Неравномерность рефлексов указывает на одностороннее (или неравномерное) органическое поражение.

Рефлексы с ахиллова сухожилия (подошвенное сгибание стопы при постукивании по сухожилию) имеет то же значение, что и пателлярные рефлексы, но их рефлекторная дуга соответствует 1—2-му крестцовым сегментам; поэтому возможен неодинаковый результат исследования обоих рефлексов, что имеет значение для топической диагностики. При резком повышении сухожильных рефлексов в патологических случаях наблюдается клонус коленной чашки и стопы вследствие прерывчатых ритмических сокращений мышц.

При исследовании верхних конечностей отмечают рефлексы: локтевой сгибательный (с *biceps'a*), локтевой разгибательный (с *triceps'a*) и пястно-лучевой (при постукивании по *proces. styloideus radii* — пронация, сгибание в локтевом суставе и сгибание пальцев).

Кожные рефлексы. Наибольшее значение имеют брюшные (верхний соответствует 7—8-му грудным сегментам, средний 9—10, нижний 11—12-му. Ослабление или отсутствие этих рефлексов указывает на поражение соответствующей рефлекторной дуги; впрочем брюшные рефлексы отсутствуют в норме у младенцев и кроме того их понижение возможно у субъектов с дряблым животом. Рефлекс кремастера (поднимание яичка при раздражении кожи на внутренней поверхности бедра) соответствует 1—2-му поясничным сегментам.

Подошвенный рефлекс (сгибание всех пальцев при раздражении подошвы) соответствует 5-му поясничному и 1-му крестцовому сегментам, он может отсутствовать у детей на 1-м году жизни. При поражении пирамидного пути кожные рефлексы в противоположность сухожильным не повышаются, а понижаются.

При исследовании кожных, как и сухожильных рефлексов следует иметь в виду возможность индивидуальных колебаний.

Рефлексы со слизистых оболочек. Конъюнктивальный рефлекс (а также корнеальный или роговичный) вызывается легким прикосновением к конъюнктиве или к роговице, вследствие чего получается смыкание век. Рефлекс очень постоянен; его рефлекторная дуга: 1-я ветвь тройничного нерва — продолговатый мозг — лицевой нерв.

Глоточный рефлекс состоит в рвотных и кашлевых движениях при прикосновении к задней стенке глотки; подлежит большим индивидуальным колебаниям.

Патологические рефлексы. Наибольшее значение имеет рефлекс Бабинского, который получается при раздражении подошвы в виде тыльного разгибания большого пальца. Этот рефлекс указывает на поражение пирамидного пути выше 5-го поясничного позвонка. Обычно в раннем детском возрасте рефлекс Бабинского представляет физиологическое явление, указывающее на недоразвитие коркового

пирамидного пути. Аналогичное значение имеют симптомы: Мендель — Бехтерева (сгибание 2—5-го пальцев при постукивании по тылу стопы в передне-наружной части), Россолмо (сгибание тех же пальцев при коротком ударе по конечным фалангам), Оппенгейма (тыльная флексия большого пальца и подошвенное сгибание 2—5-го пальцев при раздражении *tibiae*).

Повышение механической возбудимости мышц при постукивании по их толще молоточком также может иметь место в некоторых патологических случаях (при тетании, эпилепсии и пр.) Этот симптом не относится к рефлексам в собственном смысле слова, так как зависит не от рефлекторной дуги, а от прямого ответа самой мышцы на раздражение.

Расстройства чувствительности могут проявляться в виде понижения или потери ощущений (гипестезия, анестезия) или же в виде повышения (гиперестезия); наличие ненормальных ощущений, не связанных с внешним раздражением, обозначается термином — парестезия. По отношению к болевой чувствительности также возможны ослабление (гипальгезия), потеря болевых ощущений (анальгезия) или же повышение (гиперальгезия). При поражении периферических нервов, в которых проводники различных видов чувствительности идут вместе, наблюдаются общие изменения чувствительности, при поражении же спинного мозга возможно диссоциирование расстройства, например утрата болевой и температурной чувствительности при сохранении тактильной. Помимо внешней чувствительности (экстероцептивной), имеющей более или менее точную проекцию на теле, наблюдаются расстройства проприоцептивной чувствительности (мышечно-суставной), сопровождающиеся нарушением координации движений (атаксией). Симптом Ромберга (пошатывание при закрытых глазах) указывает на наличие атаксии (которая может быть также и следствием поражения мозжечка или лабиринта).

Глазные симптомы. Прежде всего следует упомянуть о двигательных расстройствах вследствие пареза глазных мышц, в результате чего могут наблюдаться: птоз, косоглазие, парез конвергенции, двоение в глазах и пр. Характерным глазным гиперкинезом является нистагм (ритмическое подергивание глазных яблок), наблюдающийся при поражениях мозжечка и вестибулярного аппарата; бывает и врожденный нистагм. Большое значение для диагноза заболеваний головного мозга имеет изменение со стороны глазного дна (застойный сосок, невриты и атрофия зрительного нерва). Очень важно также определение остроты зрения, поля зрения и пр. Исключительно большое значение имеют изменения со стороны зрачков.

На величину зрачков влияют: свет и темнота, конвергенция, аккомодация и психические моменты. Узкие зрачки (миоз) мы наблюдаем в норме при резком освещении, при резкой конвергенции зрительных осей, при сильной аккомодации, при спокойном сне и глубоком наркозе. Из фармакологических средств к миозу ведет эзерин. Наконец миоз встречается при хроническом морфинизме, отравлении опиумом, бромом, табаком, при табесе, при кровоизлиянии в область моста. Широкие зрачки (мидриаз) мы находим при слабом освещении, слабой аккомодации, при аффективном возбуждении. Из фармакологических средств к мидриазу ведут скополамин, атропин, кокаин. Мидриаз характерен для паралича глазодвигательного нерва. При исследовании зрачков необходимо иметь в виду, что уже в норме влияние света, конвергенции и психических моментов взаимно переплетаются. Моменты, влияющие на расширение зрачков, могут в такой мере превалировать, что получается ложное впечатление вялой реакции зрачков. В обычном состоянии зрачки под влиянием психических моментов находятся в постоянном беспокойстве; отсутствие игры зрачков свидетельствует о расстройстве аффектов и является очень важным симптомом при шизофрении. Вначале обычно исчезает беспокойство, игра зрачков, затем пропадают так называемые психические рефлексы, т. е. изменения зрачков под влиянием психических факторов и наконец исчезает реакция зрачков на болевые раздражения. Кроме шизофрении этот симптом встречается и при других тяжелых органических поражениях мозга, ведущих к слабоумию (эпилепсия, прогрессивный паралич), но не бывает при функциональных заболеваниях и у здоровых. Неравенство зрачков (анизокория), встречается в норме при неравномерном освещении обоих глаз; у некоторых субъектов оно является врожденной невропатической стигмой. Анизокория нередко предшествует рефлекторной и абсолютной неподвижности зрачков. При анизокории всегда следует ставить вопрос о сифилисе. В некоторых случаях, особенно при сифилисе, мы имеем деформацию зрачков: удлиненные, овальные зрачки и т. д. Для практической психиатрии наибольшее значение имеет так называемая рефлекторная неподвижность зрачков, т. е. отсутствие или вялость реакции зрачков на свет при сохранении реакции на конвергенцию, так называемый симптом Аржиля — Робертсона (*Argyll — Robertson*). Этот симптом чрезвычайно характерен для прогрессивного паралича и табеса и менее характерен для других органических страданий

центральной нервной системы. В качестве преходящего симптома его можно наблюдать при сифилисе мозга; впрочем при более тщательном исследовании большею частью удается обнаружить недостаточные аккомодационные способности. Если наряду с отсутствием реакции зрачков на свет отсутствует и реакция на конвергенцию, то мы говорим об абсолютной неподвижности зрачков, которая проявляется либо изолированно (паралич сфинктера), либо одновременно с параличом аккомодации. Этот симптом имеет меньшее практическое значение, бывает при сифилисе мозга, реже при прогрессивном параличе; в качестве преходящего симптома — при кататонии, эпидемическом энцефалите.

Расстройства речи, имеющие очень большое значение в психопатологии, могут являться следствием нарушения способности произношения слов (моторная афазия) несмотря на отсутствие паралича соответствующей мускулатуры, или они могут быть результатом потери понимания слов (сензорная афазия), или же наконец потери памяти на слова (амнестическая афазия). Нарушение произношения слов (дизартрия), спотыкание на слогах и пр. имеет большое диагностическое значение (прогрессивный паралич). При ряде тяжелых психических заболеваний наблюдается полный распад речи, больной произносит лишь нечленораздельные звуки. При тяжелых врожденных или же происшедших в раннем детстве поражениях речь вовсе не развивается или же развивается крайне недостаточно. В некоторых случаях больной в состоянии произносить отдельные слова, но не может связать их в фразы (аграмматизм). Очень часты дефекты произношения (шепелявость, недостаток выговора отдельных звуков и пр.) Нередко наблюдается недоразвитие речи в связи с поражением слуха (глухонмота). Недоразвитие речи, как и всякого рода ее расстройства, имеет тем большее значение, что функция речи тесно связана с психикой, с ее развитием и деятельностью.

Расстройство почерка может быть вследствие дрожания, произвольных движений (например при хорее), а также в результате различных мозговых поражений, выражающихся в виде нарушения направления строки, в виде пропуска букв и слогов (при прогрессивном параличе) и пр.

Апраксия, выражающаяся в невозможности производить сложные целесообразные движения при отсутствии параличей, зависит от поражения или высших двигательных (лобных), или же высших сенсорных центров (в результате того, что двигательные центры лишаются нормальных сенсорных влияний).

Далее большое значение имеют вегетативные симптомы, на которые обращено внимание главным образом за последнее время. Эппингер и Гесс обосновали фармакодинамическую методику исследования и выдвинули основные положения, по которым симпатическая нервная система элективно раздражается адреналином, а парасимпатическая раздражается пилокарпином и тормозится атропином. Так как по наблюдениям этих авторов одни субъекты реагируют преимущественно на пилокарпин, другие на адреналин, то отсюда ими сделан вывод, что существуют ваготонические и симпатикотонические типы. Ваготоников характеризуют, как людей спокойных, с холодной и бледной кожей, глубоко лежащими глазами, узкими зрачками, медленным пульсом в противоположность симпатикотоникам, для которых характерны подвижной живой темперамент, розовая влажная, теплая кожа, частый пульс, широкие зрачки. Дальнейшие исследования показали, что деление всех людей на симпатико-и ваготоников недостаточно обосновано, что имеется слишком много смешанных форм, что фармакологические средства часто действуют противоречиво и далеко не элективно, нередко раздражая оба вегетативных отдела, и что наконец в пределах симпатической и парасимпатической систем отдельные части бывают в разном состоянии тонуса и разное реагируют на адреналин и пилокарпин. Влияние на те или другие органы (например на сердце) нередко зависит от состояния этих органов, а не от особенностей вегетативных центров. Указывается далее, что при подкожном введении адреналина особенности его действия могут зависеть от вариации резорбции у отдельных субъектов, а вовсе не от особенностей вегетативной системы; внутривенные впрыскивания дают более чистые условия опыта. Возможно, что указанное несоответствие в значительной мере зависит от того, что фармакологические средства влияют в сущности преимущественно на рецепторную часть вегетаториума, и их действие следовательно зависит от этой части; иными словами испытываются при помощи этих средств возбудимость, раздражимость той или иной части вегетативной нервной системы, а вовсе не привычное состояние известного равновесия — тонус, являющийся выразителем особенностей не только рецепторных, но и других частей рефлекторной дуги вегетативной нервной системы. Во всяком случае, если в настоящее время и приходится отказаться от обобщающих противоположений ваготонического и симпатикотонического типов на основании фармакодинамических данных, то этим нисколько не умаляется необходимость изучения отдельных вариаций вегетативной нервной системы.

Ваготония обнаруживается между прочим следующими признаками: неправильность пульса, аритмия при глубоком медленном дыхании, замедление пульса при давлении на ствол блуждающего нерва на шее (признак Чермака) или при давлении на закрытые глазные яблоки (окулокардиальный рефлекс Ашнера), или при сильном сгибании колена (признак Эрбена). Наличие этих симптомов указывает на лабильность, раздражительную слабость блуждающего нерва, специально его сердечной ветви. У некоторых субъектов, особенно при давлении на шейный ствол п. vagi, наблюдаются явления не только со стороны сердца, но и со стороны кишечного тракта (усиление перистальтики и пр.). Наконец раздражение блуждающего нерва при глубоком вдыхании может вызвать расширение зрачков (признак Samoyi, не очень постоянный).

Возбудимость симпатического отдела вегетативной нервной системы лучше всего выявляется исследованием сосудистых рефлексов — быстрое покраснение кожи при легком ее механическом раздражении (дерматографизм), а также вследствие чувствительных и психических раздражений (краска стыда, смущения, гнева и т. п., неодинаково легко, как известно, вызываемая у разных субъектов). Наконец плетизмографическое определение объема конечностей при психических раздражениях разного рода также основано на большей или меньшей степени лабильности симпатического нерва. При приятных эмоциях объем конечностей увеличивается вследствие расширения сосудов; интеллектуальная работа и неприятные эмоции дают, напротив, уменьшение объема конечностей вследствие сужения сосудов. Учащение пульса при сильной конвергенции глаз также зависит от повышенной раздражимости симпатического нерва. Наконец широко раскрытые веки, несколько выпученные блестящие глаза также связаны с повышенной раздражительностью симпатического нерва.

От вегетативной нервной системы зависят кроме того многочисленные вариации со стороны выделения слез, слюны, пота, сала и пр. Эти выделения, особенно слез и пота, в значительной мере зависят от влияния эмоций на вегетативную нервную систему. Характерен низкий порог раздражения для выделения слез у детей. Но особенно важны вариации выделения пота, от которого зависит большая или меньшая влажность кожи. Так называемый психогальванический феномен в значительной мере зависит от деятельности потовых желез. Это феномен состоит в следующем: при пропускании гальванического тока через человеческое тело, последнее оказывает известное сопротивление; это сопротивление колеблется под влиянием эмоционально окрашенных представлений. Колебания сопротивления, регистрируемые чувствительным гальванометром, несомненно, отчасти по крайней мере, зависят от изменений влажности кожи, происходящих путем влияния эмоций через вегетативную нервную систему на потовые железы.

Психические симптомы.

Симптомы со стороны психики составляют главную часть того материала, с которым нам приходится иметь дело в психопатологии. При этом мы схематически рассмотрим проявления отклонений со стороны отдельных психических функций. Подробное описание психических симптомов конечно возможно лишь при рассмотрении отдельных болезненных форм, здесь же мы остановимся лишь на некоторых основных линиях, по которым вариации и расстройства психических механизмов подлежат изучению. При этом необходим учет возрастных особенностей, на которых мы уже отчасти останавливались.

Исследование психических симптомов производится преимущественно путем клинического наблюдения, учета поведения, реакций субъекта на окружающее; эти данные подкрепляются исследованием неврологическим и соматическим. Подсобное значение имеют также экспериментально-психологические методы, дающие возможность учесть состояние отдельных функций (ассоциативного процесса, памяти и пр.). Эти методы однако, уясняя отдельные детали статуса, не могут учесть динамики психических процессов, которые определяются при помощи клинического наблюдения. В частности

такие методы, как Бине, Россолимо и пр., дают возможность предварительной ориентировки и приблизительного определения степени интеллектуальной одаренности или отсталости.

После этих общих замечаний остановимся теперь в коротких чертах на отдельных болезненных симптомах.

Нарушения восприятия, т. е. функции центростремительного отрезка психорефлекторной дуги могут выражаться в иллюзиях и галлюцинациях всех органов чувств. Далее восприятие может быть так или иначе изменено в связи с нарушением общего психического равновесия и особенно интрапсихической активности. Отчетливая работа всех психических функций возможна лишь при согласованной деятельности всех психических механизмов, что субъективно выражается в ясности сознания. Разобщение отдельных механизмов, их выключение ведут за собой нарушение связей, обеспечивающих полноту психических функций, нарушение, субъективным эквивалентом которого является расстройство сознания. Физиологический сон может служить примером такого нарушения полноты и единства психических функций. Во сне, а равно и при болезненных изменениях сознания, отдельные психические механизмы, если и функционируют, то крайне неясно, неотчетливо, не совершенно; в частности и восприятия внешнего мира при помощи органов чувств совершаются недостаточно. При затемнении сознания восприятия не только неполны, но обычно и ошибочны, получается благоприятная почва для галлюцинаций и иллюзий. В связи с общим нарушением психического равновесия, выражающемся в расстройстве сознания, а иногда и самостоятельно, может нарушаться так называемая интрапсихическая активность, та инициативная функция, которая частью соответствует психологическому термину внимания. Расстройство внимания является также одной из причин нарушения восприятия, понижения его точности и полноты, а также способности запоминания, т. е. включения воспринимаемого материала в состав запасов памяти; и в нормальном состоянии некоторая неустойчивость внимания, свойственная детям, является причиной неточности их восприятий.

Расстройства интеллекта. Интеллект, относясь к интрапсихическим функциям, представляет основной материал психики, определяемый запасом представлений и понятий, хранимых в памяти, и способностью создавать комбинации, ассоциировать имеющиеся в психике элементы (функция мышления). Уклонения в сфере интеллекта могут выражаться в виде количественной его слабости и недостаточности. Эта недостаточность может быть следствием недоразвития — врожденное слабоумие или же следствием деградации, потери, разрушения имевшегося уже психического материала — слабоумие приобретенное, деменция. Помимо этих стойких расстройств интеллекта и памяти в смысле их недостаточности наблюдаются расстройства преходящего характера; в связи с изменением интрапсихической активности наблюдаются нарушения памяти в смысле расстройства репродукции; субъект не в состоянии мобилизовать свои запасы представлений и понятий, хранящиеся в памяти. Кажущееся ослабление памяти однако не является стойким, память восстанавливается с улучшением общего психического состояния (такие расстройства бывают например при послеинфекци-

онной психической слабости). Расстройство мышления может выражаться в ускорении течения идей, причем дело доходит до скачки идей при маниакальном состоянии, или в заторможении течения идей при депрессивном состоянии, когда субъект испытывает большие затруднения при процессе мышления. Ускорение течения идей может дать полную диссоциацию, разрыв, когда субъект теряет способность к систематическому мышлению. Расстройство мышления может выразиться также в нарушении ассоциативных связей, в так называемой интрапсихической атаксии, в паралогии, причем получают причудливое мышление, странные необычные сочетания идей, непонятные скачки мыслей, склонность к резонерству, абстрактности; интравертированное, аутистическое мышление является в частности следствием отрыва психики от фактов действительной жизни. В иных случаях наблюдаются далее известная ограниченность круга идей, вязкость мыслей, причем субъект не в состоянии выйти из тесного круга мыслей, застревает в них (Haftenbleiben), медленно пережевывая все одно и то же. Наконец при известных условиях как в связи с галлюцинациями, так и самостоятельно, может развиваться расстройство мышления в виде бредовых идей, причем больной неправильно истолковывает окружающее и отношение внешнего мира к своей личности; получают идеи преследования, величия и т. п. Бредовые идеи у детей, нужно заметить, редко получают пышное развитие, у них систематического бреда (в сколько-нибудь выраженной форме) не бывает. От бредовых идей, которые для больного имеют значение чего-то непреложного, нужно отличать навязчивые идеи, когда больной понимает их неправильность и ненужность но не может от них избавиться, не в состоянии с ними справиться.

Расстройство эмоциональной жизни выражается в изменениях настроения, в появлении аффекта страха, гнева и пр. или же в эмоциональной тупости, малоподвижности, безразличии. Изменения настроения и аффекты, как крайние проявления эмоций, а также расстройства влечений, имеют тем большее значение, что они оказывают влияние на поведение субъекта, особенно резкое в детском возрасте, когда эмоциональная и обусловленная влечениями мотивация поступков преобладает над интеллектуальной. Патологические изменения влечений, особенно сексуальных, могут обнаружиться в очень раннем возрасте и носить болезненный характер. Эмоции и влечения тесно связаны с вегетативной системой, в частности с вазомоториумом, вследствие чего получается взаимодействие соответствующих механизмов в патологических состояниях; в частности столь частый в детском возрасте онанизм, определяемый повышенным сексуальным влечением, в то же время расшатывает вегетативную нервную систему и отражается на настроении больного.

Расстройство активных (центробежных) психических функций. Интрапсихическая активность тесно связана, с одной стороны, с общим биотонусом, отражающимся в эмоциях, настроении, с другой стороны — со всеми интрапсихическими функциями, обуславливая энергию психического процесса; вследствие этого нам уже приходилось при рассмотрении интеллектуальных расстройств упоминать об интрапсихической активности; ее понижение ведет

к общей апатии, безразличию, отсутствию инициативы, упадку энергии; повышение — к возбуждению, суетливости, избытку инициативы, агрессивности. Внешняя активность, проявляющаяся в особенностях поведения, может выражаться в психомоторном возбуждении, особенно в связи с аффектами и сильными влечениями, когда получают так называемые короткие замыкания (без нормального торможения высшими центрами). Изменения активности могут выражаться также в своеобразных кататонических явлениях — негативизме, ступоре, каталепсии, мутизме, стереотипиях и пр. Все эти психомоторные расстройства обычно связаны также с интрапсихическими изменениями, аутистическими расстройствами мышления, интрапсихической атаксией и пр. В этом их отличие от двигательных расстройств, описанных выше, которые представляются следствием недоразвития самих двигательных систем вне определенной связи с психическими отклонениями.

Помимо перечисленных нами резких проявлений психических расстройств во многих случаях наблюдаются более тонкие изменения, выражающиеся в дисгармонии отдельных психических функций, в недостаточной адекватности реакции на внешние раздражения, в легких колебаниях настроения, в особенностях мышления и пр. При рассмотрении отдельных болезненных форм мы ознакомимся подробнее со всеми этими особенностями психических аномалий в детском возрасте. Необходимо при этом иметь в виду, что расстройства отдельных психических функций не наблюдаются изолированно, так как нарушение деятельности отдельных психических механизмов влечет за собой в большей или меньшей степени изменение всей социальной личности больного.

Термином „личность“ пользуются как синтетическим понятием, охватывающим все свойства организма с его соматикой, психикой и социальными связями. Это прежде всего социальная личность, как член общественного трудового коллектива, по отношению которой проявляются все те закономерности взаимодействия социального и биологического, о которых мы говорили выше. Социальный компонент особенно сказывается на содержании психических расстройств. Если формальное расстройство (например слуховые галлюцинации) зависит от поражения определенных в биологическом смысле нервно-психических механизмов, то содержание расстройства (например галлюцинаций) варьирует в зависимости от социальных факторов (классовой установки, профессии, культурных навыков и пр.)

Из психических компонентов личности особое значение имеет **характер**, под которым следует разуметь структурные особенности психики, определяющие реакции на внешние раздражения, т. е. в конечном счете поведение субъекта. К характеру относятся следующие свойства: 1) впечатлительность, с которой связана аффективность, 2) ретенция впечатлений, 3) интрапсихическая активность, способность пропускать через себя ток внешних впечатлений и на них реагировать, чем определяется внешняя активность субъекта. Глубокой биологической базой характера следует считать влечения и **темперамент**, в условном смысле этих понятий. О влечениях, которыми в значительной мере определяются гипобулические механизмы, уже была речь выше, темпераментом же определяется

тем, напряжение психических процессов, что связано с общим биотонусом.

Патологические особенности характера являются основой психопатий (см. ниже), при других психических заболеваниях более или менее стойкие изменения характера (структуры психики) бывают одним из проявлений болезни.

В результате взаимодействий между личностью с ее характерологическими особенностями и внешними раздражителями получаются психические реакции, которые при известных условиях могут быть патологическими (при наличии патологического характера или же как следствие особенно резких травмирующих психику раздражителей).

Симптомокомплексы.

Описанные выше отдельные болезненные симптомы объединяются в картине болезни, как симптомокомплексы, или синдромы. При этом получается не произвольно-беспорядочное соединение отдельных симптомов, а сочетание их в определенные комплексы, связанные с динамическими взаимоотношениями механизмов. В старой психиатрии такие симптомокомплексы считались болезнями, описывались как отдельные психозы; в настоящее время (после Крепелина) мы знаем, что болезни в нозологическом смысле определяются не только симптомокомплексами, но и патогенезом, течением, исходом и патологической анатомией, и что одни и те же симптомокомплексы, как единицы второго порядка, могут развиваться при разных болезнях и, наоборот, одна и та же болезнь может выражаться патопластически разными синдромами (в зависимости от препсихотических особенностей, от локализации процесса, от добавочных констеллативных факторов и пр.). Однако и в настоящее время изучение синдромов очень важно для уяснения клинических проявлений психозов.

Синдромами определяется картина болезни, те проявления (патопластика), с которыми приходится иметь дело психиатру в повседневной практической работе. Этим внешним оформлением болезни определяется по преимуществу поведение больного, его отношение к окружающим, его социальная опасность, в некоторых случаях необходимость его помещения в больницу и т. п. Вместе с тем, поскольку внешняя картина болезни в значительной мере зависит от экзогенно действующих моментов, формирующих проявления болезни, постольку и устранение синдромов или по крайней мере их смягчение (лечение), а тем более предупреждение, является непосредственной задачей практического психиатра.

Мы перечислим здесь лишь вкратце важнейшие синдромы; в частной психопатологии нам придется на них остановиться детальнее при описании отдельных болезней.

1. Симптомокомплексы при помрачении сознания:
а) состояние оглушения, когда больные апатичны, неясно воспринимают окружающее, их способность запоминания понижена, внимание с трудом привлекается, мышление неясно и бессвязно;
б) сумеречное состояние характеризуется помрачением сознания, неясной ориентировкой в окружающем, односторонним восприятием лишь отдельных элементов из окружающего мира; возможны обманы чувств, но они не на первом плане, обычны изменения настро-

ения (депрессия, экстаз, страх); в движениях преобладают автоматизмы, больные иногда совершают опасные поступки, но часто изменения поведения внешне мало заметны; наступает сумеречное состояние внезапно и так же сразу заканчивается; выйдя из такого состояния, больные не помнят, что с ними было (амнезия); в) делириозное состояние характеризуется наплывом бредовых и галлюцинаторных явлений при помраченном сознании, иллюзорным восприятием окружающего, двигательным беспокойством и быстро сменяющимися аффектами; г) аментивный синдром, или спутанность, характеризуется разорванностью мышления, бессвязностью, дезориентировкой, аффективными колебаниями, иногда обманами чувств и двигательными расстройствами.

Отмеченные выше синдромы при помрачении сознания не резко отграничены один от другого, возможны переходные и смешанные случаи.

2. Эмоциональные симптомокомплексы: а) депрессивный синдром (меланхолия) характеризуется длительным немотивированным подавленным настроением и заторможением мышления и психомоторики; возможны бредовые идеи отрицательного характера (адекватные настроению) с характерами самообвинения и греховности; резкое заторможение двигательной сферы может в тяжелых случаях доходить до степени ступора; б) маниакальный синдром в противоположность депрессивному характеризуется веселым, повышенным настроением, ускорением течения идей и двигательным возбуждением, выражающимся в повышенном стремлении к деятельности. Если бывают бредовые идеи, то соответственно настроению они связаны с переоценкой собственной личности; в) смешанные синдромы — с участием отдельных маниакальных и депрессивных симптомов, например ажитированная меланхолия (т. е. с двигательным возбуждением вместо заторможения), гневная мания (вместо веселого приподнятого настроения — раздраженное, неприятное), маниакальный ступор (повышенное настроение при двигательном заторможении), непродуктивная мания (повышенное настроение при угнетении мыслительных процессов) и пр.; г) синдром страха характеризуется большим напряжением аффекта и резким моторным беспокойством; д) выключение аффектов — как бы их паралич на почве внезапных потрясающих переживаний.

3. Бредовые симптомокомплексы: а) паранояльный синдром, характеризующийся образованием систематического бреда; несвойствен детскому возрасту, б) синдром бредовых фантазий (характеризуется изменчивыми, нестойкими, причудливыми бредовыми построениями), в) галлюциноз (отличается наплывом ярких обманов чувств при незатемненном сознании).

4. Дискинетические симптомокомплексы: а) ступор — состояния неподвижности с расслаблением мускулатуры (большей частью при тяжелой меланхолии) или с ее напряжением (при кататонии); б) гиперкинезы (отличаются немотивированным двигательным возбуждением, носящим насильственный характер); в) кататонический синдром с сочетанием гиперкинетических и ступорозных явлений (негативизм, мутизм, каталепсия, эхолалия, эхопраксия, гримасы, стереотипии, импульсивные акты).

5. Нервные симптомокомплексы: а) ипохондрический синдром характеризуется преувеличенными опасениями, касающимися

действительных или воображаемых заболеваний, причем все внимание больного концентрируется на ощущениях в тех или иных частях тела и все поведение определяется опасениями за свое здоровье; б) синдром навязчивых идей является сочетанием навязчивых мыслей, страхов и действий; в) неврастенический синдром выражается в раздражительной слабости с повышенной впечатлительностью и утомляемостью, пониженным настроением и рядом соматических расстройств, связанных с вегетативными нарушениями; г) синдром выключений и вытеснений, при котором отдельные соматические и психические функции, те или иные сложные комплексы и переживания вытесняются или выключаются таким образом, что они для больного как бы перестают существовать; так, у больного (при истерии) может быть выключена функция зрения, он может „забыть“ (вследствие вытеснения из сознания) целые периоды из своей жизни и т. п.

6. Спазмодические симптомокомплексы: эпилептические, истерические припадки.

7. Синдромы при стойких последствиях деструктивных процессов: слабоумие (дементность) выражается в ослаблении мышления и памяти, в оскудении материала психики и ее продуктивности.

8. Синдромы недоразвития: а) малоумие отличается недостаточным развитием умственных способностей, а не их разрушением, как при дементности; б) инфантилизм характеризуется несоответствующей возрасту детскостью психических проявлений.

9. Кроме того при психозах с грубыми поражениями мозга отмечается ряд неврологических синдромов, осложняющих картину психических расстройств. Сюда в особенности относятся: паркинсонизм, афазический, агностический, хореатический и прочие синдромы, описываемые в невропатологии.

Течение, прогноз, исход.

Течение, прогноз, исход психических заболеваний в детском возрасте не требуют общего изложения и будут рассмотрены при описании отдельных форм психических заболеваний. Здесь же мы сделаем лишь следующее замечание. Психические заболевания не только длительны, они часто начинаются и кончаются вместе с жизнью субъекта; даже в тех случаях, когда начало относится к определенному возрасту, все же и предшествующий период жизни не всегда бывает свободен от признаков и особенностей, имеющих отношение к данной болезни (так называемое препсихотическое состояние). Вот почему так важен анамнез больного, почему имеет значение катамнез, оправдывающий тот или иной прогноз и определяющий исход. Иными словами, психопатолог не ограничивается наблюдением над периодом заболевания, он должен охватить по возможности всю жизнь больного и составить не историю болезни, а историю данной личности.

Патологическая анатомия.

С патологоанатомической точки зрения психические заболевания могут быть разделены на две большие группы: 1) психозы, при

которых отмечаются патологоанатомические изменения в виде деструкции мозгового вещества, в виде воспалительных и дегенеративных процессов, при этом: а) некоторые заболевания обнаруживают столь определенные патологоанатомические изменения, что последние могут служить для проверки правильности клинического диагноза; сюда относятся из заболеваний, встречающихся в детском возрасте: сифилис мозга, прогрессивный паралич, хорея, амауротическая идиотия, некоторые формы олигофрений, отчасти эпидемический энцефалит; б) при других заболеваниях деструктивные изменения постоянны, но не настолько определены, чтобы гарантировать анатомический диагноз; сюда относятся шизофрения, эпилепсия и некоторые формы олигофрений; 2) ко второй группе относятся болезни и аномалии, при которых не констатируется анатомических изменений, сюда относятся маниакально-депрессивный психоз, психогении, психопатии.

Клинические данные подтверждают такое деление на две группы, поскольку для первой из них характерна психическая деградация, соответствующая анатомической деструкции, при второй же группе такой деградации не наблюдается. Здесь мы видим известное обоснование для старого деления психических расстройств на органические и функциональные; следует лишь сделать оговорку, что функциональные — это не значит лишены материального субстрата: мы здесь имеем заболевания, при которых нет разрушения мозгового вещества, а лишь более тонкие, способные к восстановлению изменения или же врожденные особенности, отклонения тончайшего строения нервной ткани, благодаря которым получается частичная психическая недостаточность отдельных систем, влекущая за собой дисгармонию динамических взаимоотношений соответствующих психических механизмов.

Помимо определения сущности процесса, являющегося субстратом данного заболевания, патологическая анатомия имеет еще другую задачу — локализацию расстройства. Если определение процесса решает нозологическую задачу (патогенез), то определение локализации способствует в значительной мере разрешению вопроса об особенностях патопластики данного заболевания, той внешней картины, в которой выразилась болезнь благодаря поражению тех или иных центров или систем.

Учение о локализации психических функций и их расстройств находится однако, можно сказать, до сих пор в зародышевом состоянии, что зависит конечно от огромной сложности данной проблемы. Лишь за последнее время достигнуты некоторые успехи в этом направлении. Прежде всего благодаря развитию архитектоники мозга за последние годы удалось установить, что мозговая кора анатомически не однородна и состоит из большого числа центров — полей, довольно резко отграниченных одно от другого. Этой анатомической обособленности полей соответствует и их физиологическое различие, что по крайней мере удалось доказать для некоторых мест мозга у животных, а отчасти и у человека. Развитие учения об анатомических локализациях в мозговой коре дает базу для установления локализации функций и их расстройств. При этом помимо значения определения поражения полей при тех или иных расстройствах отмечается также важность установления

изменений в отдельных слоях коры. Таким образом положено начало развитию патоархитектоники коры, учитывающей расположение в мозгу анатомических изменений. Конечно при изучении мозговых локализаций нельзя себе представить дело так просто, что психическая функция локализована в определенном поле коры. Дело сложнее: анатомическим субстратом функций являются несомненно целые аппараты, состоящие из ряда центров и связывающих их путей, причем эти центры находятся не только в коре, но и в других частях мозга. Такая локализация в целых системах получила название топики. С другой стороны, при истолковании патологических изменений, находимых нами в определенных местах мозга, требуется большая осторожность в смысле определения связи расстройства функции с этим пораженным местом. В этом отношении нужно принимать во внимание следующие соображения.

1. Так как функция зависит от целостности сложных систем, то ее расстройство может зависеть от поражения различных звеньев этой системы, т. е. различных участков мозга. Если например мы имеем поражение наружного коленчатого тела и в связи с этим расстройство зрения, то ясно, что здесь поражена лишь часть аппарата, необходимого для данной функции. То же самое нужно думать о значении поражения серого вещества на дне третьего желудочка и связанного с ним расстройства сна. Аналогичные расстройства могут быть и при поражении других звеньев связанного с данной функцией аппарата, и тогда получается как бы другая локализация, не опровергающая однако значения первой локализации, а указывающая лишь на сложность данного аппарата и зависимость его функций от многих отдельных частей.

2. При поражении отдельных центров расстраиваются не только соответствующая этому центру функция, но также и функции других центров, так или иначе связанных с пораженным местом. Получается дислокация функций центров, непосредственно не пораженных, например: при поражении лобных долей могут появиться расстройства функции мозжечка вследствие поражения лобного отрезка путей, идущих к мозжечку (фронтально-пonto-церебеллярных), который таким образом лишается нормальных влияний некоторых лобных центров. Связи отдельных частей нервной системы таковы, что выпадение функций одного центра может растормаживать отдельные участки мозга и расстраивать их функцию, результатом чего является дальнейшая дислокация мозговой деятельности.

3. При поражении отдельных участков мозга может происходить компенсация функций другими системами, чем затемняется непосредственное значение пораженного участка в производстве данной функции.

Указанные выше обстоятельства в связи с техническими трудностями подробного патологоанатомического исследования всех областей мозга делают весьма затруднительным связывание определенных функций и расстройств с определенной локализацией или топикой. Все же в настоящее время уже постепенно накапливается материал, касающийся патоархитектонических особенностей отдельных болезней (Фохт, Ферстер и др.). Итак, мы должны теперь считать задачей патологической анатомии не только установления сущности процесса, но и места поражения. Несомненно,

что изучение связи между расстройствами тех или иных функций и определенным поражением мозга в дальнейшем даст возможность установления локализации более элементарных психических функций здорового мозга. Что касается сложных психических функций, то они основаны на деятельности многих систем, находящихся в зависимости от целостной работы всего мозга и потому локализация (в обычном значении слова) таких функций по существу почти невозможна.

О методах исследования и составлении истории личности.

При исследовании нервно-психических отклонений необходимо всестороннее и вместе с тем целостное изучение всей личности ребенка, его соматики, психики и окружающей социальной среды. Исследование внутренних органов, крови, цереброспинальной жидкости, эндокринных органов, вегетативной и центральной нервной системы производится по методам, описываемым в педиатрии и невропатологии. Изучение телосложения производится на основании антропометрических данных, а также по схеме Кречмера, оценка которой была дана выше. Изучение двигательных функций производится по методам Н. Озерецкого, выработанным в нашей клинике на основании данных наших исследований о психомоторике.

Что касается исследования психики, то основным методом следует считать изучение поведения ребенка, в котором проявляются его характерологические особенности, темперамент, влечение, эмоции. Важным мерилем интеллектуальных особенностей, а равно различных способностей ребенка (музыкальных и пр.) является успешность, продуктивность в соответствующих занятиях. Очень важно констатирование изменений, переломов в поведении ребенка, в его школьной успеваемости, настроении и пр. Большое значение имеет при определении психических особенностей, как и соматических и двигательных, установление их соответствия определенному возрасту и изучение данных, касающихся хода развития ребенка (соматического и психического). Для изучения поведения и продуктивности ребенка пользуются наблюдениями родителей, а также педагогическими характеристиками. Особенно ценно конечно врачебное наблюдение в клинической обстановке.

Большое место при изучении ребенка занимают психологические исследования, дающие особенно точные данные при изучении интеллекта, внимания, памяти, ассоциативного процесса, причем получается возможность установления как индивидуальных вариаций, так и патологических отклонений. Помимо способов, предложенных для анализа отдельных психических функций, имеются методы специально подобранных тестов, стремящиеся дать полную картину уровня психического развития ребенка. Наибольшей известностью пользуются у нас метрическая шкала Бинэ-Симона и метод Россолимо. Признавая за этими способами ориентировочное значение при исследовании психики ребенка, следует все же иметь в виду, что значение метода тестов при исследовании психики многими слишком преувеличивается. Не говоря уже об искусственности самой обстановки при исследовании

тестами, такой метод не может в достаточной мере охватить динамики психических процессов, почти ничего не дает для синтетического уяснения структуры личности, ее характерологических особенностей и пр. и даже недостаточно учитывает влияние структурных свойств личности на интеллектуальную продуктивность, наиболее полно охватываемую таким исследованием. Особенно мало применимы поэтому тестовые методы при исследовании психических заболеваний с преобладанием качественных расстройств с нарушениями структурных особенностей. При исследовании например шизофрении по Бинэ или Россолимо можно получить у одного и того же больного в разные моменты совершенно противоречивые результаты. Больной может дать по этим методам полную норму, а может не дать ответов и на самые элементарные вопросы; ясно, с какой осторожностью следует относиться к выводам на основании таких исследований. Наиболее применимы методы тестов при формах с преобладанием количественной недостаточности или же оскудения психики (особенно при олигофрении).

Исследование социальной среды тех бытовых условий, в которых проходит жизнь ребенка, очень важны для уяснения особенностей формирования личности ребенка и генеза психических уклонений и расстройств. Обследование на дому по определенной схеме дает в этом отношении наиболее ценные материалы. Таким образом мы видим, что при психоневрологическом изучении ребенка следует изучать не только болезненные проявления, связанные с определенным промежутком времени, а иметь в виду всю жизнь ребенка, вследствие чего наши записи мы называем „историями личности“ (а не „история болезни“).

В состав истории личности должны входить следующие данные: возраст, пол, социальное происхождение, время поступления и выписки, причина обращения к психоневрологу; анамнез; данные наследственности; социально-бытовое окружение; данные о развитии ребенка с момента рождения, перенесенные инфекции и прочие болезни; препсихотические особенности, школьная успешность, педагогическая характеристика (до заболевания); причины, начало и ход настоящего заболевания; status (при поступлении): антропометрические данные: рост, вес и пр.), тип телосложения, соматические свойства (питание, состояние внутренних органов), исследование крови, cerebrospinalной жидкости, мочи и пр.; исследование моторики; неврологические данные (рефлексы, состояние черепных нервов, зрачки, параличи, гиперкинезы, припадки), эндокринно-вегетативный аппарат, сон; психика: характер, темперамент, влечения, настроение, аффекты, поведение, восприятие, интеллект, ассоциативный процесс, внимание, память, запас знаний, психическая и двигательная активность, продуктивность, способности. Психический статус является конечно основным; здесь должен быть дан не только анализ функций и их расстройств (состояние интеллекта, памяти, особенности восприятий, мышления и пр., наличие бреда, галлюцинаций и т. д.) но и синтез личности ребенка, его поведения и продукции.

В дальнейшем на основании дневников, педагогических характеристик и врачебных наблюдений изучается течение заболевания, влияние врачебно-педагогических мероприятий, отношение ребенка к коллективу, его социальные установки и пр. После выписки

(с мотивированным направлением ребенка в то или иное учреждение, в семью) важно иметь катamnестические данные для контроля над дальнейшим ходом психического развития ребенка. В этом отношении очень целесообразна диспансеризация выписанных детей.

ГЛАВА IV.

ПСИХОГИГИЕНА

Общие замечания. Психогигиена и психопрофилактика настолько тесно связаны между собой, особенно в их практическом применении, что мы только в значительной мере условно можем разграничивать соответствующие вопросы и лишь отчасти рассматривать их отдельно в целях удобства изложения.

Психогигиена имеет своей задачей изучение и применение мер, имеющих целью сохранение и укрепление психического здоровья. Нужно сознаться, что психогигиена в настоящее время разработана крайне недостаточно с научной точки зрения, это прежде всего объясняется тем, что на вопросы психогигиены лишь недавно обращено внимание. Кроме того следует иметь в виду, что научная постановка психогигиены встречает большие трудности. Соответствующие мероприятия для своего целесообразного применения требуют не только предварительного изучения индивидуальных и возрастных особенностей деятельности нервной системы, но и глубокого знания той среды, в которой живут и работают индивиды и целые коллективы; необходимо в частности знание условий производства и их влияния на нервно-психическую сферу, изучение быта, который нередко весьма пагубно отражается на здоровье. Динамика биологического развития и психической приспособляемости растущего организма к социальным условиям сталкивается и приходит во взаимодействие с динамикой социальных и классовых процессов, развертывание которых протекает особенно сложно и интенсивно в переживаемый нами период строительства. Понятно, что сложность и значительность проблем психогигиены особенно должны быть подчеркнуты в настоящее время. Развитие данной области знания, которая должна поспевать за темпами социальной жизни, требует особых усилий со стороны психиатров. В дальнейшем изложении мы остановимся лишь на основных положениях психогигиены.

Прежде всего должно быть отмечено, что вследствие теснейшей связи и зависимости психического здоровья от соматического, все те мероприятия, которые диктуются общей гигиеной, необходимы и для психогигиены. Гигиена жилищ, одежды, питания, правильная смена труда и отдыха, достаточный сон и пр. одинаково важны как для психического, так и для соматического здоровья. Вместе с тем однако имеется ряд вопросов, имеющих специальное значение для психогигиены. При рассмотрении этих вопросов мы остановимся на следующих пунктах.

Психогигиена детского возраста. Развитие человеческой психики конечно требует особого внимания со стороны психогигиениста, причем следует считаться с особенностями развертывания отдель-

ных психических свойств и способностей. В самом раннем — младенческом — возрасте при недоразвитии эффекторных и особенно интрапсихических функций психика ребенка уже открыта для внешних впечатлений благодаря раннему развитию рецепторных функций, связанных с органами чувств. В этом возрасте следует считаться с необходимостью ограждать ребенка от слишком длительных и интенсивных внешних раздражений; впрочем продолжительный сон в младенческом возрасте является в известной мере естественным предохранителем от избытка внешних раздражений.

В психической деятельности ребенка долгое время преобладает эмоциональная сфера, причем недоразвитие тормозящих корковых центров делает детские эмоции очень явными, их внешние двигательные и вегетативные проявления протекают беспрепятственно, не задерживаются. Хотя вследствие такого быстрого отреагирования отдельные переживания у детей как правило быстро сглаживаются, однако их большая впечатлительность, связанная с лабильностью эмоций, требует ограждения от слишком резких и слишком длительных впечатлений. Не говоря уже о таких резких травмирующих психику раздражениях, как пожары, военные действия и т. п., несомненно, что и разного рода домашние конфликты, драки и пр. вредно действуют на детскую психику, что особенно ясно отражается на сне ребенка (ночные страхи). Даже яркие переживания с приятным содержанием, каковы разные зрелища, кино, шумные игры, должны преподноситься детям младшего возраста в ограниченном количестве. В частности детские концерты, театральные представления, кино и пр., помимо цензуры их содержания, не должны быть длительными (не более часа для дошкольников).

Деятельность интеллекта у детей налаживается с большой постепенностью, особенно поздно развиваются абстрактное мышление и активные функции, в частности внимание. Поэтому в дошкольном возрасте обучение должно быть конкретным и связанным с играми — без систематических классного типа уроков, требующих длительного сосредоточения внимания, непосильного для данного возраста и ведущего к быстрому утомлению. Даже в возрасте 7—9 лет, по мнению некоторых авторов основанному на экспериментальных данных, внимание ребенка может быть сосредоточено в течение не более 20 минут. Санитарная парижская комиссия рекомендует получасовые уроки для младших классов. Эту норму следует считать в среднем приемлемой. Циммерман нашел, что школьники на 2 и 3-м году обучения больше усваивают материала за 6 получасовых уроков арифметики в неделю, чем за 4 часовых урока. В старших классах длительность уроков рекомендуется в 45 минут с 15-минутными перерывами. Следует еще отметить, что для детей, особенно младшего возраста, очень целесообразен отдых среди дня (после обеда) в течение 1½—2 час. в виде сна или просто лежания (так называемый „мертвый час“).

Очень важен с психогигиенической точки зрения вопрос о послеобеденных занятиях. Имеются данные, что 1 час после обеденных занятий причиняет такое же утомление, как 2 часа утренних занятий. Конечно утомляемость определяется не только длительностью урока: имеет огромное значение правильное

расположение подлежащего усвоению материала, заинтересованность ученика предметом, его положительное или отрицательное отношение к данной работе.

Следует еще иметь в виду, что детей утомляют не только занятия, но и длительное пребывание в шумной школьной среде. В этом отношении особенно неблагоприятное влияние оказывает большая многолюдность групп, зависящая от недостатка школьных помещений и педагогических кадров.

Не останавливаясь на подробностях, мы должны далее отметить огромное значение рационально поставленной педагогики для **школьной психогигиены**. Само собой разумеется, что такие приемы, как экзамены прежнего времени, с умственным переутомлением и длительным эмоциональным напряжением (страх, тревога) совершенно недопустимы с психогигиенической точки зрения. Очень целесообразно чередование интеллектуальных занятий с физическими упражнениями, работой в мастерских и пр. Однако неправильно заменять отдых этими занятиями, заполняя ими перемены: для них необходимы особые часы (возможны послеобеденные). Вопросы утомления имеют огромное значение при дозировке школьного умственного труда, как и всякого другого. В дальнейшем мы еще коснемся этой важной проблемы, здесь же по отношению к школьникам отметим необходимость учета не только количественной нагрузки (примерно не более 3—4 часов умственной работы в день), но и качественной: подлежащий усвоению материал должен быть по силам учащемуся. Утомление быстро сказывается ослаблением внимания, переутомление выражается в расстройстве сна и в том, что обычный отдых оказывается недостаточным для восстановления сил.

Большое практическое значение имеет вопрос о смене предметов занятий, т. е. о том, следует ли длительно концентрировать внимание учащихся на одном предмете, чтобы затем перейти к другому, или чередовать различные предметы в течение дня. При первой системе внимание утомляется однообразием, при второй — требуется смена установок внимания, необходимость новых приспособлений психики к изменению предмета занятий, что также небезразлично в смысле затраты сил. Несомненно как правило, что в детском возрасте более утомительно однообразие и сравнительно легко достигаются перемены установки; поэтому следует рекомендовать частую смену предметов занятий; у взрослых же (в высшей школе), наоборот, перемены установки уменьшают продуктивность и более утомительны, вследствие чего взрослые предпочитают частым сменам усидчивые длительные занятия одним предметом, что и следует рекомендовать для высших школ. Следует однако отметить, что у взрослых в этом отношении имеются индивидуальные особенности, связанные со структурой характера, в частности с темпераментом (подвижные циклотимики и неустойчивые лабильные люди предпочитают частые смены, для них неустойчивы перемены установки).

Необходимой предпосылкой для сохранения психического здоровья в детском возрасте следует считать правильный отбор детей в детские сады и школы и их распределение по группам. Более слабые в интеллектуальном отношении дети, или же плохо под-

готовленные, не говоря уже об умственно отсталых, травмируются невозможностью идти в ногу с товарищами, надрываются в непосильной для них работе или же просто совсем перестают учиться. Поэтому дифференциация школ в смысле выделения групп для более слабых детей имеет большое значение. Перестройка нашей школы на основах политехнизации предоставляет широкую возможность правильного отбора детей в различные группы соответственно их наклонностям и способностям.

Если развитие интеллекта и его нагрузка связаны с вопросами обучения, то образование характера в значительной мере зависит от воспитания (дома и в школе). Структура характера лишь отчасти зависит от тенденций, связанных с конституциональными особенностями; динамическое развертывание характера определяется социальными влияниями, которые в детском возрасте регулируются воспитанием. Необходимо гармоническое развитие компонентов характера с подчинением однако низших влечений тенденциям высшего социального порядка, каковы развитие активности, сознание своего классового долга перед пролетарской страной и пр. Очень важно для образования характера влияние коллектива. В этом отношении имеет большое значение пионерская организация с ее четкой идеологической направленностью.

По отношению к подросткам нужно иметь в виду их связанную с пубертатным кризисом большую утомляемость, меньшую продуктивность, неустойчивость внимания, отвлекаемость, что должно быть принято во внимание при дозировке их нагрузки как в школьных занятиях, так и на производстве. Резкое повышение влечений в переходном возрасте (сексуальность) и аффективная неуравновешенность требуют направления энергии по целесообразному руслу, вследствие чего для подростков особенно важны в психогигиеническом отношении физические упражнения и трудовые процессы.

Психогигиена физического и умственного труда подростка. Разделение труда на умственный и физический является в значительной мере условным. Лишь наиболее неквалифицированные виды физического труда (переноска тяжестей и т. п.) не требуют заметных психических усилий, но в этих видах труда человеческая сила постепенно заменяется машиной. В большинстве же случаев так называемый физический труд, особенно когда работа происходит с применением машин и инструментов, требует значительных напряжений психики, особенно ее активных (эффекторных) функций (в частности внимания), вследствие чего получается в конце работы не только физическое, но и психическое утомление; мало того, при некоторых видах работы с машинами чисто физическая (мускульная) работа сведена до минимума. Различие физического и умственного труда тем не менее несомненно, и оно определяется главным образом тем обстоятельством, что при физическом труде имеется лишь очень однообразное и одностороннее использование определенных психических механизмов (особенно внимания), между тем как при умственном труде происходит гораздо более полное использование психических (и особенно интрапсихических) функций. Вместе с тем однако и обратно: при умственном труде частично получается физическое утомление вследствие однообразного и

одностороннего использования статического аппарата (при длительном сидении на одном месте). Следует также иметь в виду, что и при некоторых видах физического труда происходит слишком однообразное использование физических сил (однообразная работа при исполнении деталей на конвейере, труд швейников), а при некоторых видах умственного труда столь же однообразное применение психических функций (например при переписывании). Все сказанное имеет тем большее значение с психогигиенической точки зрения, что всякая работа конечно не только утомляет, но и развивает соответствующие нервно-психические механизмы, а длительное одностороннее напряжение определенных систем может вести к нарушению гармонического функционирования организма. Вследствие этого психогигиена труда имеет двойную задачу: 1) предохранить подростка от утомления и истощения его сил, 2) компенсировать возможные нарушения гармонии функций вследствие односторонности и однообразия трудовых процессов.

Вопрос об утомлении, которого мы уже отчасти касались при изложении школьной психогигиены, имеет кардинальное значение для психогигиены труда. Мы не будем здесь останавливаться на многочисленных методах, предложенных для регистрации и измерения утомления и основанных частью на исследовании работающего, частью на измерении его трудовой продуктивности. К сожалению в настоящее время нет надежных методов для объективного исследования утомления. Субъективное чувство усталости также не является вполне надежным показателем. Во всяком случае имеют значение следующие признаки, указывающие на грозящее переутомление: 1) при излишнем утомлении после прекращения работы психика как бы не освобождается от темы работы, продолжается отрывочное и нецелесообразное переживание деталей темы; 2) нарушается сон, причем и ночью тема работы заполняет сознание; 3) обычный отдых не уничтожает усталости; 4) изменяется продуктивность вследствие ослабления внимания, координации тонких движений и даже тактильной чувствительности; 5) появляются переходящие невротические симптомы в виде неврастенического синдрома. Наличие указанных признаков переутомления требует более или менее длительного отдыха.

По вопросу об устранении самих причин, ведущих к утомлению, мы здесь можем указать лишь на мероприятия общего характера, так как детали зависят от особенностей производства и от сил трудящегося подростка, а потому могут быть установлены лишь на конкретном материале. Необходимо основательное изучение особенностей производственного процесса в каждом цехе и организация правильного производственного отбора подростков на основании изучения всего их организма, их сил и способностей. Такое изучение труда и профессионального подбора является задачей специальных институтов и лабораторий, исследовательская работа которых имеет значение и для рационализации производства и для выработки психогигиенических норм.

Отдых во время работы (в среднем 5—10 минут после 40—50 минут работы) с колебаниями в зависимости от условий производства, перерыв на обед, ограничение продолжительности рабо-

чего дня подростков сравнительно со взрослыми, свободные дни, ежегодные отпуска — являются теми формами отдыха, соблюдение которых диктуется нашим законодательством. По имеющимся экспериментальным данным укороченный рабочий день в известных пределах способствует даже увеличению продуктивности и уменьшает количество несчастных случаев, происходящих нередко с утомленными подростками вследствие ослабления их внимания при работе с машинами.

Важное значение как с психогигиенической, так и с производственной точки зрения имеет рационализация рабочего места подростка, дающая ему возможность технически усваивать и усовершенствовать приемы работы, создавать автоматизированные формулы движений, что облегчает производство более простых деталей работы, и сосредоточение внимания на главном, — на целевой установке работы, на достижении высшего качества.

Далее реорганизованная на основе политехнизма школа и всеобщее обучение, подготавливая новые кадры трудящихся, будущих рабочих, колхозников и т. д. — несомненно окажут огромное влияние на рационализацию труда ближайшей смены, так как подростки войдут в производство и в Красную армию с подготовкой, которая и обеспечит их рациональное использование в производственном отношении и облегчит освоение ими более квалифицированных форм труда, что конечно очень важно с точки зрения психогигиены.

Оздоровляющее значение новых форм труда в социалистическом обществе несомненно уже в настоящее время, но конечно задачей соответствующих научно-исследовательских институтов является более точное исследование и определение достигнутых успехов и вместе с тем непосредственное участие в дальнейшей рационализации социалистического труда.

Огромное значение имеет конечно для психогигиены, как и для гигиены вообще, общее улучшение условий труда на производствах (освещение, вентиляция и др.), на чем мы не будем останавливаться. По отношению к умственному труду также очень важна общая гигиеническая обстановка (свет, воздух, удобное положение тела и пр.). Несомненно при умственном труде утомление и другие неприятные последствия перегрузки получаются не только вследствие самой работы, но и благодаря неправильному образу жизни (вечерняя и даже ночная работа, нерегулярный прием пищи, недостаточный сон, сидячий образ жизни, — все это вызывает те или иные соматические (особенно вегетативные) расстройства: невроты сердца и желудочно-кишечного тракта, вазомоторные изменения, общее понижение биотонуса и пр., что в свою очередь отражается на психическом состоянии, вызывая понижение работоспособности и те или иные невротические симптомы. В особенности истощающее влияние на нервную систему оказывает умственная работа, связанная с аффективным напряжением и отрицательными эмоциями — страхом, тревогами, (нелюбимый труд, неинтересный, подневольный).

Отмечая возможность переутомления при перегрузке работой, следует однако указать на существование в этом отношении довольно широко распространенных и ошибочных преувеличений. Борясь против перегрузки работой, забывают часто, что утомляет не только

труд, но и однообразие переживаний (скука), забывают часто, что работа способна не только утомлять, но и развивать, совершенствовать как психические, так и другие функции организма. Если непродуктивное стояние на одном месте, в одной позе (вследствие утомления механизмов статики) пожалуй более утомительно, чем многие виды труда, то то же следует сказать и об утомительности психической статики при отсутствии психической нагрузки (напр. утомление после непродуктивного, неинтересного заседания). Томительное однообразие психических переживаний не менее пагубно с психогигиенической точки зрения, чем излишняя трудовая нагрузка.

Следует остановиться далее еще на одном ошибочном мнении, ведущем к необоснованным опасениям в связи с очень актуальным в настоящее время вопросом о значении темпа работы. Существует взгляд, что изменение привычных темпов работы и всего жизненного уклада в сторону ускорения неблагоприятно отражается на психическом здоровье трудящихся, ведет к быстрому переутомлению и изнашиваемости, к непоправимой потере трудоспособности. Эти опасения несомненно значительно преувеличены и не подтверждены сколько-нибудь доказательными фактическими материалами. Напротив, имеется достаточно данных для того, чтобы считать доказанным, что приспособление к новым темпам возможно в сравнительно короткий срок и без особого вреда для психики. Давно известно, что деревенский ребенок, привычный к медленным темпам, вначале теряется в городской обстановке, не поспевает за необычными для него темпами, но довольно быстро, в течение каких-нибудь нескольких месяцев не остается и следа от старых деревенских темпов и навыков. Особенно это ясно по отношению к новобранцам; конечно в первое время деревенскому юноше труднее, чем городскому, приспособиться к требованиям военного обучения, идущего в непривычных для начинающего темпах, но всем известно, как быстро происходит приспособление молодых людей к новым требованиям. Отвергая поэтому преувеличенные опасения по поводу возможного вреда для психического здоровья того ускорения темпов, которое связано с особенностями текущего момента в нашем Союзе, мы должны лишь усилить и всемерно развить психогигиеническую работу для охраны здоровья детей и подростков в современных условиях. Во всяком случае нет сомнения, что уродливые формы старого быта, инфекции, интоксикации, антигигиенические условия работы и всего жизненного уклада представляют неизмеримо больше опасности для психического здоровья, чем те преходящие затруднения, которые связаны с переменой темпов и которые конечно должны и могут быть смягчены рациональной организацией труда и отдыха. С другой стороны, опыт последнего времени учит нас, что эмоциональный подъем, энтузиазм молодежи при социалистических формах труда (ударничество, соревнование), дает блестящие производственные результаты без тех вредных последствий для здоровья, которые естественны при эксплуатации труда в условиях капиталистического производства.

Вопросы компенсации и возможных неблагоприятных последствий труда, зависящих от утомления, а также от одностороннего использования психических сил, имеют очень большое значение с точки зрения психогигиены. При изложении школьной психо-

гигиены мы уже отчасти касались значения смены различных видов занятий. При профессиональной деятельности подростков во время самой работы возможности перемены занятий ограничены условиями производства, и компенсация может быть осуществлена лишь правильным использованием отдыха. При усиленном физическом труде недостаточное применение интрапсихических систем при работе компенсируется в наших условиях участием в общественной и политической деятельности, использованием клуба, читальни, театра. Это не исключает необходимости для рабочих подростков физкультуры, спорта, туризма, так как и физическая трудовая нагрузка на производствах, как уже упоминалось, в значительной мере страдает односторонностью и также требует компенсаций. При усиленном умственном труде совершенно очевидна необходимость компенсации физическими упражнениями той односторонней работы, которая часто связана с сидячим образом жизни. Вместе с тем неизбежная односторонность школьного и производственного умственного труда должна быть также отчасти дополнена более разносторонней психической деятельностью во время отдыха. Необходимо лишь, чтобы такая организация отдыха в целях компенсации соответствовала индивидуальным силам и не являлась лишней нагрузкой, дающей добавочное утомление и аннулирующей полезное действие часов, предназначенных для отдыха. Полезное действие спорта и развлечений эстетического порядка основывается между прочим на возбуждении положительных эмоций, в свою очередь повышающих биотонус, что особенно важно для ликвидации утомления от работы.

Наконец следует остановиться еще на одном, по нашему мнению, очень важном пункте. Всякая работа как физическая, так и умственная, основана на напряженной деятельности преимущественно центральной нервной системы, но нельзя упускать из виду и функции вегетативной нервной системы, обслуживающей внутреннюю экономику организма, регулирующей обмен веществ, кровообращение и т. д. Деятельность вегетативной нервной системы, не прекращающаяся ни днем, ни ночью (в противоположность центральной нервной системе, „отдыхающей“ почти целиком во время сна), так или иначе изменяется во время работы и несомненно также требует внимания с гигиенической точки зрения, тем более, что самочувствие в значительной степени зависит от вегетаториума. Эмпирически давно установлено благотворное влияние на самочувствие, на обмен веществ, на биотонус всякого рода гидротерапевтических процедур: купанья, обливаний, ванн, обтираний, душа. Этот факт несомненно зависит от действия таких процедур на вегетативную нервную систему, в частности на вазомоториум. Аналогичное значение имеют воздушные и отчасти солнечные ванны. Все эти физиотерапевтические процедуры конечно требуют дозировки (как впрочем и физические упражнения), учета индивидуальных особенностей, показаний и противопоказаний, научного контроля и т. д., на основании чего и устанавливается подходящая форма процедуры, температура, продолжительность. Не останавливаясь на деталях, мы имеем в виду лишь подчеркнуть, что вода, солнце и воздух должны быть использованы не только во время отдыха, но и на работе (устройство души, обливаний и пр. в школах и на производствах), и что их применение имеет

не только общегигиеническое, но и психогигиеническое значение. Правильная организация отдыха детей и подростков в значительной мере зависит от условий быта, переустройство которого имеет таким образом и психогигиеническое значение, не говоря уже о психопрофилактическом (например в смысле борьбы с алкоголизмом). Тяжелые жилищные условия, постоянный шум, домашние дрязги, не говоря уже о таких уродливых проявлениях быта, как попойки, драки и пр., конечно не способствуют отдыху от работы и сохранению психического здоровья. Реорганизация быта требует особых культурно-просветительных мероприятий. Строительство новых социалистических городов и перепланирование старых с устройством парков для отдыха, площадок для спорта и физкультуры, „зеленых городков“ для использования дней отдыха и отпусков за городом, усиление работы клубов, читален — являются мероприятиями первостепенной важности между прочим и с точки зрения психогигиены. Организация яслей и детских садов, а также общественного питания и других форм бытового обслуживания трудящихся, раскрепощая женщину от главной массы повседневных домашних работ и позволяя ей постепенно втягиваться в производственную и общественную деятельность, неизбежно способствует созданию нового быта. Реконструкция сельского хозяйства и быстрая индустриализация страны, создавая мощные коллективы трудящихся, представляют благоприятные условия для реорганизации быта на новых началах. Особенно большое значение в психогигиеническом отношении имеют пионерские и комсомольские организации с их четкой идеологической установкой, внутренней дисциплиной, здоровым соревнованием.

По отношению к **физически слабым детям и подросткам**, страдающим истощающими хроническими болезнями (например туберкулезом), а также выздоравливающим после тяжелых инфекций, следует иметь в виду, что физическая слабость обычно сопровождается и психической истощаемостью, повышенной утомляемостью, недостаточным напряжением внимания. Поэтому помимо отпусков и пребывания в санаториях, с психогигиенической точки зрения требуется перевод (временный или постоянный) работающих подростков на более легкую работу, а для физически слабых школьников показаны облегченные группы, лесные школы, санаторные площадки и пр.

По отношению к умственно полноценным и физически более или менее крепким **глухонемым, слепым и калекам** — с точки зрения психогигиены чрезвычайно важно их специальное обучение и приспособление к доступному для них труду. Отчужденность детей с такими тяжелыми дефектами от остального общества, сознание собственной неполноценности способствуют изменениям характера, появлению антисоциальных наклонностей, общей психической и социальной деградации (нищенство). В этих случаях труд в правильно организованных коллективах — основное средство укрепления и сохранения психического здоровья; здесь психогигиена почти целиком сливается с психопрофилактикой. То же следует сказать и об охране психического здоровья детей и подростков с теми или иными **психическими аномалиями**, в частности выздоровевших с дефектом после психических болезней и некоторых категорий психически больных хроников. Психогигиенические мероприятия

по отношению ко всем психически неполноценным имеют особое значение и требуют индивидуализированного подхода в зависимости от формы заболевания, степени потери трудоспособности, особенностей психопатологических проявлений. Поэтому конечно на конноваться в частной психопатологии при описании соответствующих заболеваний и аномалий, здесь же мы ограничимся лишь замечаниями общего характера. Врожденные формы психической недостаточности, или же возникшие в раннем детстве, прежде всего требуют правильной организации обучения и воспитания, приспособленной к особенностям и недостаткам таких детей. При этом, с одной стороны, следует стремиться к так называемой психической ортопедии, к компенсации и исправлению имеющихся недостатков, а с другой стороны — к использованию имеющихся способностей (иногда например частичной художественной одаренности). В результате вместо обузы для общества получается возможность воспитать хотя бы частично трудоспособных людей. Здесь следует со всей решительностью указать на ошибочность того мнения, распространенного даже среди врачей, что психически неполноценных и особенно перенесших психическое заболевание и выздоровевших с дефектом или находящихся в состоянии ремиссии — якобы опасно нагружать школьной работой и каким бы то ни было обучением. Как общее правило следует считать, что полное прекращение обучения способствует дальнейшей психической деградации (не говоря уже о социальной), ведя к отрыву психически ненормальных детей от здоровых связей с окружающей средой. Необходимо не полное освобождение от обучения для указанной категории детей, а уменьшение нагрузки и, если возможно, перевод в учреждения с облегченным преподаванием например во вспомогательные школы), соответствующим происшедшим в психике переменам. В частности использование остаточной трудоспособности психически больных и хронически неполноценных подростков, будучи небезразличным и с хозяйственной точки зрения, очень важно в психогигиеническом смысле, поддерживая как психический, так и соматический тонус и давая таким подросткам определенное место в социальной среде. При этом во многих случаях необходимо их обучение подходящим видам труда в целях соответствующей профессиональной ориентации. Конечно следует предупреждать возможность утомления, соответственно силам дозируя нагрузку; само собою разумеется, такие психические полуинвалиды должны находиться под наблюдением психиатра (в порядке диспансеризации).

Половая психогигиена. Половое влечение является одним из могущественных жизненных стимулов, оказывающих огромное влияние на соматическую и психическую деятельность. Нормальное половое влечение начинается с половым созреванием и заканчивается со старческим увяданием организма. Половой акт как удовлетворение влечения представляет естественную функцию здорового зрелого организма. Однако, не говоря уже о патологических извращениях полового влечения, несомненно, что и в пределах нормальных вариантов наблюдаются отклонения в развитии полового влечения, требующие к себе внимания со стороны психогигиениста. Фрейд подробно описал детскую примитивную сексуальность, своеобразное

недифференцированное половое чувство детей по отношению к родителям („комплекс Эдипа“) или к самому себе (аутоэротизм). Этим же автором обращено внимание на возможность ранних сексуальных травм у детей, причем сложные сексуальные переживания в этом возрасте образуют комплексы, оказывающие влияние на нервно-психическую деятельность. Несомненно Фрейд и особенно некоторые из его последователей преувеличивают значение сексуального момента, слишком обобщая и распространяя его влияние на психику. Тем не менее, в некоторых случаях по крайней мере сексуальные недифференцированные переживания и травмы бывают у детей невротического склада, являясь причиной различных страхов, навязчивых идей и т. п. Очень часто повышенная раздражительность нервной системы ведет у детей к онанизму, в свою очередь неблагоприятно влияющему на вегетативную нервную систему.

Таким образом с точки зрения психогигиены имеют значение правильное развитие полового влечения и предупреждение преждевременной сексуальности до нормального полового созревания.

Вопросы полового воспитания всегда привлекали к себе внимание педагогов и родителей, естественно обращающихся иногда за помощью к врачам. Прежде всего следует иметь в виду, что у детей младшего возраста онанизм, служащий главным симптомом, обращающим на себя внимание, часто является следствием внешнего раздражения (грязь, негигиеническая одежда, мелкие глисты — *oxyuris vermicularis* и пр.) или же внутреннего (связанного с нарушениями вегетативного равновесия), причем о сексуальности в смысле определенного полового чувства, свойственного взрослым, говорить не приходится; часто нет даже при этом полового любопытства, так что онанизм имеет характер элементарно-биологический, служа разрядом для соответствующих раздражений. В таких случаях не может быть речи о половом воспитании в педагогическом смысле, а о чисто лечебных мероприятиях, так как всякие разъяснения вопросов пола только излишне фиксируют внимание ребенка на этой теме. Вопрос о половом просвещении возникает тогда, когда у ребенка имеется уже по той или иной причине половое любопытство, которое следует умело удовлетворить, чтобы регулировать направленность ребенка в этом отношении. Бытовые предрассудки, касающиеся сексуального вопроса, стремление скрыть эту сторону жизни под покровом таинственности как нечто не то мистическое, не то предосудительное, грешное, — разжигают детское любопытство и способствуют нездоровым проявлениям сексуальности. Следует считать, наоборот, целесообразным своевременно разъяснять детям естественно-научное и социальное значение вопросов размножения (не фиксируя на этом их особого внимания, в ответ на их запросы в этом направлении). Излишне фиксированное внимание детей к вопросам пола следует переключать на другие темы. Очень благотворно действуют в смысле отвлечения игры, физкультура, ритмика, спорт, особенно когда уже имеется налицо пробуждающееся половое чувство (во время подросткового кризиса). Совместное воспитание, обоих полов, как показал опыт советской школы, способствует изживанию того искусственного отчуждения обоих полов, которое сильно разжигало обоюдное любопытство. При совместном воспи-

тании несомненно уже с детского возраста налаживаются здоровые товарищеские отношения между детьми обоих полов. В общем следует сказать, что в сущности нет какого-то особого полового воспитания, полового просвещения, есть просто воспитание и просвещение, которые должны учитывать половой вопрос с психогигиенической точки зрения. Общая правильная постановка трудового воспитания покрывает собою и вопросы „полового воспитания“, без специального их выделения и отрыва от общей системы воспитания. Следует еще упомянуть о необходимости изгнания из детских книг, из кино, посещаемых детьми, всякого рода сюжетов, развивающих нездоровое половое любопытство или же преподносящих слащаво-сентиментальные и мистические вымыслы на сексуальные темы, дающие пищу для соответствующего фантазирования.

Мы уже сделали оговорку, что при настоящем состоянии наших знаний мы вынуждены ограничиться лишь замечаниями общего характера по вопросам психогигиены детского возраста. Между тем несомненно, что разнообразие тех социальных условий, в которых происходит развитие ребенка на данном историческом этапе, требует дифференцированной разработки соответствующих конкретных психогигиенических мероприятий по отношению к промышленным центрам, новостройкам, колхозам, притом с учетом производственных, климатических, культурных, национальных особенностей отдельных коллективов, строящихся на обширных пространствах нашего Союза. К сожалению в настоящее время нет тех материалов, которые могли бы послужить для такого дифференцированного построения психогигиены ребенка и подростка. Приходится признать, что в этом отношении наука отстает от тех темпов, в которых разворачивается социалистическое строительство. Не следует однако упускать из виду, что при всем разнообразии социальных условий, в которых находятся в настоящее время различные группы детского (как и взрослого) населения, быстро идет также и процесс сглаживания этих различий: индустриализированные колхозы и промышленные центры все более сближаются между собою, пролетариат города и совхозов и работники колхозов все более сливаются в связи со сплошной коллективизацией в одно целое — работников социалистического общества. Этот процесс в особенности отражается на детях и подростках, не связанных старыми традициями, более свободных от пут старого быта, получающих подготовку в единой трудовой школе, которая строится на основах политехнизма, и находящейся под идеологическим влиянием мощных пионерских и комсомольских организаций, которые чрезвычайно способствуют политическому и культурному сплочению подрастающего поколения.

ГЛАВА V.

ПСИХОПРОФИЛАКТИКА.

Как уже было упомянуто, психогигиена и психопрофилактика тесно связаны между собою; поэтому указанные выше психогигиенические данные несомненно имеют и профилактическое значение. Психопрофилактика в тесном смысле слова обнимает собою мероприятия, направленные к предупреждению психических заболеваний.

Огромное значение экзогенных моментов в этиологии психических болезней определяет то направление, в котором должна преимущественно развиваться психопрофилактика. Если же принять во внимание, что многие эндогенные (для ребенка) моменты являются экзогенными по отношению к его родителям (например повреждение зачатка вследствие сифилиса, отравлений и пр.), то этим еще более расширяется поле для профилактических мероприятий по отношению к внешним вредностям. Таким образом психопрофилактика по отношению к эндогенным факторам в тесном смысле занимает сравнительно скромное место в ряду мероприятий по борьбе с психической заболеваемостью.

Основные внешние вредные факторы, являющиеся причиной психических заболеваний, в конечном счете те же, с которыми приходится иметь дело и в этиологии соматических болезней. Сифилис, туберкулез, острые инфекции и травмы, — все эти вредности, с которыми приходится бороться в общей профилактике, являются также факторами, поражающими нервную систему. Таким образом психопрофилактика в известной своей части совпадает с общей профилактикой.

Психопрофилактические мероприятия по отношению к сифилису конечно в значительной мере совпадают с общей борьбой направленной против этой социальной болезни. Распространение сифилиса огромно. По приблизительным статистическим данным в больших городах около 10% населения заражено сифилисом, а из числа сифилитиков около 10% заболевают поражением нервной системы (в виде прогрессивного паралича, табеса, сифилитических психозов и т. д.). В сельских местностях в общем сифилис менее распространен, но имеются деревни с поголовным поражением сифилисом; первобытные бытовые условия дореволюционной деревни способствовали заражению сифилисом не только половым, но и внеполовым путем (бытовой сифилис). Еще более роковое влияние оказывает сифилис на потомство. Не говоря уже о том, что в среднем приблизительно в трети случаев беременность сифилитическая заканчивается выкидышами или мертворожденными, из живого потомства около половины погибает в возрасте до 17 лет вследствие общей слабости, дистрофий, слабой жизнеспособности. Что касается поражений нервной системы, то они отмечаются по статистике различных авторов в 10—20% общего числа детей с врожденным сифилисом. Следует добавить, что в ряде случаев, когда не отмечается явных признаков поражения нервной системы, имеется все же ее частичная инвалидность или же иногда поражение кровеносной системы мозга, что проявляется в дальнейшей пониженной сопротивляемости мозга (как и других органов) по отношению ко всякого рода вредностям, особенно острым инфекциям. Нередко тяжелые мозговые заболевания у детей в связи со скарлатиной, корью и т. п. зависят не только от этих инфекций, но и от пониженной сопротивляемости нервной системы и всего организма вследствие конгенитального сифилиса. Такова в самых общих чертах безотрадная картина тех бедствий, которые причиняет сифилис нервно-психическому здоровью населения. Мы не будем останавливаться на общих мерах профилактики сифилиса, которые связаны с уничтожением проституции, раскрепощением и

равноправием женщин в семейной и трудовой жизни, борьбой с алкоголизмом (заражение очень часто происходит в пьяном виде), реформой быта и пр. Большое значение имеет с точки зрения предупреждения конгенитального сифилиса у потомства своевременное и тщательное лечение сифилитиков и конечно антисифилитическое лечение пораженных детей для предупреждения у них неврозов. Необходима активная диспансеризация со взятием на учет всех сифилитиков и их семей, проверка при помощи повторных обследований и серологических реакций активности сифилиса с целью своевременного назначения специфического лечения. Диспансеризация должна проводиться как по венерологической, так и по психоневрологической линиям, что обеспечивается принятой в настоящее время системой единого диспансера. То обстоятельство, что заболевание прогрессивным параличом и сифилитическими психозами обуславливается помимо сифилитической инфекции также и другими добавочными вредными факторами, соответствующим образом расширяет и углубляет профилактические мероприятия по борьбе с неврозом (подробности см. в главах: Прогрессивный паралич, Сифилитические психозы).

Туберкулез, представляя грозную опасность для здоровья детского населения, гораздо менее однако, чем сифилис, несет опасностей специально для нервной системы. Несомненно впрочем влияние туберкулеза на увеличение нервной истощаемости, лабильности вегетативной нервной системы, утомляемости, раздражительности и других невротических симптомов. Поэтому система лесных школ представляется очень важной не только с точки зрения соматической, но и нервно-психической профилактики. Участие психоневрологов в профилактике нервно-психической заболеваемости туберкулезных детей должно осуществляться путем консультации в диспансерах, лесных школах, санаториях и других учреждениях для туберкулезных. То же нужно сказать и о роли психоневролога в профилактике нервно-психической заболеваемости в связи с другими, особенно **острыми инфекциями**. Психопрофилактика конечно заинтересована во всех общих мерах борьбы с инфекциями, но кроме того имеет и свои специальные задачи. Если принять во внимание, что нервно-психические заболевания часто развиваются у детей, выздоравливающих после инфекций, то несомненно психопрофилактические мероприятия должны быть распространяемы на послеинфекционный период, характеризующийся повышенной истощаемостью и ранимостью нервной системы. Психоневрологическая диспансеризация в таких случаях, помещение в санатории и лесные школы, регулировка начала систематической школьной работы и уменьшение нагрузки до окончательного восстановления сил — являются необходимыми мероприятиями с точки зрения психопрофилактики.

Помимо задач общего характера, как борьба с острыми инфекциями, сифилисом, туберкулезом, интоксикациями, психопрофилактические мероприятия специально разворачиваются по следующим направлениям.

1. **Психопрофилактика в школе и детском саду.** Прежде всего имеет большое значение отбор детей в массовые учреждения. Помещение в нормальную школу детей умственно отсталых или

тяжелых психопатов нередко еще более ухудшает их состояние. С другой стороны, наличие такого элемента в школе или детском саду нередко оказывает вредное влияние на здоровых детей. Плановое обследование детей, поступающих в школы, имеет большое значение не только для направления детей в соответствующие психоневрологические учреждения в случае надобности, но и для группировки детей в самой массовой школе, которая должна быть дифференцированной и иметь различные группы для разных категорий детей. Далее при самой работе в школе должен быть обеспечен психоневрологический надзор с повторными обследованиями и диспансеризацией детей, обнаруживающих те или иные нервно-психические отклонения. Само собою разумеется, что указанные выше требования школьной психогигиены (см. гл. IV) имеют значение и с психопрофилактической точки зрения.

2. Профессиональная ориентация имеет значение особенно для подростков; ошибочный выбор профессии, не соответствующий силам и способностям субъекта неблагоприятно отражается на его психическом здоровье. Если профориентация имеет значение для здоровых, то тем более для психически аномальных подростков, для которых выбор профессии значительно суживается, ограничиваясь определенными видами труда, соответствующими их особенностям. При выборе профессий следует руководствоваться психическими и соматическими показаниями, в частности особенностями двигательной сферы, имеющей большое значение во многих отраслях труда. Таким образом устройство профконсультаций для подростков как нормальных, так и аномальных, имеет большое психопрофилактическое значение. Само собою разумеется, в таких профконсультациях врач-психоневролог работает совместно с педологами и психотехниками.

3. Охрана труда на производствах по отношению к рабочим подросткам требует особого внимания с психопрофилактической точки зрения. Укороченный рабочий день для подростков, определяемый нашим законодательством, недопущение подростков на особо вредные производства — являются конечно очень важными мероприятиями. Далее по отношению к подросткам должно быть обращено особое внимание на правильную смену труда и отдыха, на рационализацию труда, имеющую значение как с производственной, так и с психопрофилактической точки зрения. С целью своевременного распознавания нервно-психических расстройств необходимо периодическое, не только соматическое, но и психоневрологическое обследование рабочих подростков. Важной задачей, еще далеко не выполненной, является изучение отдельных профессий с точки зрения их влияния на нервную систему подростков.

4. Оздоровление быта является наиболее трудной задачей; целый ряд заболеваний провоцируется бытовыми условиями. В частности алкогольные отравления тесно связаны с бытом. Далее тяжелые жилищные условия способствуют травматизации, особенно детского населения. Обследования на дому, санитарное просвещение, распространение психогигиенических знаний, организация разумных развлечений в связи с подъемом общего культурного уровня имеют одинаково важное значение как для психической, так и для соматической профилактики.

По отношению к подросткам приобретает большое значение борьба с алкоголизмом, который особенно пагубно действует на неокрепший организм, не закончивший своего развития. С алкоголизмом часто бывает связана и половая распущенность, ведущая к венерическим заболеваниям. Культурная работа среди подростков, руководимая комсомольскими организациями, физкультура и спорт, являются могучим средством борьбы с уродливыми проявлениями старого быта, до сих пор еще вредно отражающимися на нервно-психическом здоровье подрастающего поколения.

5. Борьба с социальной деградацией — с нищенством, проституцией, с беспризорностью — требует серьезного внимания с точки зрения психопрофилактики, так как среди такого элемента имеется всегда большое число аномальных детей и подростков и самая социальная деградация пагубно действует на психическое здоровье. Необходимо всестороннее, в частности психоневрологическое обследование, как предпосылка для правильного распределения беспризорных в соответствующие учреждения. Следует с удовлетворением отметить, что за последнее время благодаря энергичным мероприятиям беспризорность в основном почти ликвидирована в нашем Союзе.

6. Психопрофилактика эндогенных психических уклонений. По отношению к врожденным заболеваниям, связанным с поражением зачатка (вследствие сифилиса, алкоголизма и пр.), профилактика преимущественно сводится к борьбе с соответствующими инфекциями и отравлениями. Вместе с тем и в этих случаях имеет значение регулирование браков и деторождения. По отношению же к болезням наследственным в собственном смысле слова такое регулирование является основным профилактическим мероприятием. Следует однако иметь в виду, что при врожденных и наследственных болезнях эндогенный фактор является не единственным определяющим заболевание, имеют еще значение и внешние моменты, провоцирующие возникновение или ухудшающие течение болезни. Таким образом психопрофилактика эндогенных заболеваний охватывает также и ту сумму факторов, которые так или иначе ухудшают психическое здоровье эндогенно предрасположенных, причем охрана здоровья такого рода детей требует особого внимания и индивидуального подхода сообразно с особенностями предрасположения. В частной психопатологии при описании соответствующих психических уклонений мы остановимся более конкретно на их специальной психопрофилактике. Что касается регулирования браков и деторождения по отношению к лицам, от которых по той или иной причине следует ожидать больного потомства, то этот вопрос является до сих пор в значительной мере спорным. Забота об улучшении человеческого рода, о предупреждении вырождения путем тех или иных запретительных мероприятий привлекала внимание законодателей еще в древние времена, однако только совершенно недавно накопились кое-какие научные данные для обоснования возможности регулирования деторождения в некоторых случаях. Впрочем законы наследственности у человека настолько сложны, что и в настоящее время многое в этом отношении остается неясным. Возникшая в начале текущего столетия целая наука — евгеника, стремящаяся к улучшению человеческого рода, до

сих пор еще не дала надлежащих основ для практических мероприятий в этом направлении. Все же можно считать установленными некоторые положения евгеники, имеющие значение для психопрофилактики эндогенных заболеваний. Следует считать противопоказанными браки лиц, страдающих одной и той же наследственной психической болезнью, так как в этом случае следует ожидать больного потомства как при доминирующей, так и при рецессивной наследственности. Равным образом представляет опасность зачатие от больного, пораженного доминирующей болезнью (маниакально-депрессивный психоз) даже при наличии второго здорового супруга. При браке больного рецессивной наследственной болезнью (шизофрения, эпилепсия) с фенотипически здоровым супругом, если от этой четы уже имеется ребенок с той же болезнью (что указывает на гетерозиготный характер здорового супруга), также нежелательно дальнейшее потомство, так как от рецессивно-больного и гетерозиготного здорового можно ожидать 50% больных детей.

Далее ввиду возможности поражения зачатка нежелательно потомство недостаточно излеченных сифилитиков и хронических алкоголиков.

Менее определены противопоказания для браков, если один из родителей страдает рецессивной болезнью, а также для браков лиц здоровых, но происходящих из семей, где имеются больные одной и той же рецессивной болезнью. Это относится также и к браку лиц, связанных родством и происходящих из семьи, в которой имеются заболевания наследственно рецессивной болезнью.

Вышеуказанные краткие данные можно считать основой для существующего уже в настоящее время в некоторых странах, особенно в Америке, законодательства, имеющего целью устранение размножения психически неполноценных. Имеются законы, запрещающие браки с психически больными, слабоумными, эпилептиками, а в некоторых штатах Сев. Америки даже с алкоголиками и венериками. В некоторых странах введены брачные свидетельства о здоровье, предъявление которых требуется от жениха и невесты. В Германии медицинское освидетельствование вступающих в брак обязательно, но решение вопроса о браке остается на усмотрении жениха и невесты. По нашему кодексу, помимо воспрещения браков между близкими родственниками, не подлежат регистрации браки между лицами, из которых хотя бы одно признано психически больным или слабоумным; кроме того вступающие в брак обязаны осведомить подпиской друг друга о состоянии здоровья, в частности о том, что они не страдают туберкулезом, психическими, заразными или венерическими болезнями. Вступать в брак больным не воспрещается, но в случае сокрытия болезни и заражения супруга виновный подлежит судебной ответственности.

Далее в случаях, когда имеется достаточно данных для получения больного потомства, могут быть рекомендованы противозачаточные средства и искусственное прерывание беременности. Наши узаконения, касающиеся аборт, могут быть вполне использованы с психопрофилактическими целями.

В общем однако, хотя в нашем законодательстве и имеются запретительные меры евгенического характера, которые быть мо-

жет будут еще расширены, однако центр тяжести соответствующих психопрофилактических мероприятий в нашем союзе лежит не в запретительной системе, а в сатишно-просветительных мероприятиях. Сознательное отношение всех граждан к проблемам брака и деторождения при общем подъеме культурного уровня, снижении заболеваемости сифилисом, искоренении алкоголизма и пр. имеет гораздо большее значение для улучшения нервно-психического здоровья населения, чем запретительные и принудительные меры, поле применения которых может и должно быть сужено до сравнительно ничтожных пределов.

Вообще следует подчеркнуть, что **евгеника** в том виде, как она получила развитие в капиталистических странах, лишь с очень большими оговорками и принципиально важными поправками может быть приложима в советской действительности. Теоретическое обоснование евгеники и особенно практические мероприятия запретительного характера имеют в Америке и Зап. Европе ярко выраженный классовый характер, в частности ими стремятся регулировать рождаемость в так называемых низших классах и притом принудительным путем. Буржуазное евгеническое движение проходит мимо основных социальных бедствий, ухудшающих человеческую породу,—мимо безработицы, эксплуатации угнетенных классов и национальностей и пр. В нашем Союзе обоснование и задачи евгеники строятся конечно по-иному, оздоровление населения связывается с социалистической реконструкцией страны, с коренным изменением условий труда и быта, которые существовали при старом порядке.

7. Далее следует указать на психопрофилактическое значение своевременного **лечения легких нервно-психических уклонений** с целью предупреждения более серьезных заболеваний. В этом отношении особенно важны лечебно-педагогические мероприятия по отношению к нервным и пограничным детям, а также их диспансеризация с целью психоневрологического надзора и своевременного помещения в специальные учреждения лечебно-профилактического характера. На этой стороне дела мы остановимся подробнее в следующей главе.

На деталях, касающихся психопрофилактики, отдельных нервно-психических заболеваний детского возраста мы будем иметь возможность сосредоточить внимание в соответствующих главах частной психопатологии.

ГЛАВА VI.

ЛЕЧЕБНАЯ ПЕДАГОГИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ.

Химические и физические методы лечения при психических заболеваниях детского возраста не требуют общего рассмотрения и будут указаны при описании отдельных болезненных форм. Мы здесь остановимся лишь на лечебной педагогике и ее доминирующем значении в терапии психических уклонений детского возраста. Лишь небольшое число острых психических расстройств требует чисто больничного лечения, во всех же остальных случаях более длительных психических уклонений и изменений всякого рода на первом

плане должны стоять лечебно-педагогические воздействия. В состав лечебной педагогики входят следующие мероприятия: 1) организация обучения, подходящего для детей с психическими отклонениями, в частности ортопедические педагогические приемы, имеющие целью корректировать наблюдающиеся у ребенка недочеты со стороны психической, двигательной и т. д.; 2) воспитание трудовых навыков, начиная от простейших видов самообслуживания и кончая более высокими формами физического, эстетического и умственного труда, соответственно конечно способностям и развитию ребенка; 3) физическое воспитание в широком смысле слова — оздоровление соматической сферы; для психически аномальных детей огромное значение имеют трудовые процессы (особенно в столярной мастерской), физкультура и ритмика; эти занятия действуют благотворно не только на двигательную систему, но и на психику, повышая биотонус и улучшая настроение; трудовые процессы и физкультура способствуют преимущественно развитию целевых движений, ритмика же упражняет главным образом экстрапирамидные двигательные механизмы, способствует автоматизации движений и следовательно их облегчению и особенно благоприятно действует на биотонус и настроение; поэтому ритмика особенно показана для нервных детей; 4) воспитание социальных навыков, внутренней дисциплины, необходимых для жизни в коллективе, начиная от простейших форм и кончая ориентировкой в более сложных общественных отношениях. Все эти мероприятия, перечисленные выше, должны складываться в комплекс воспитательных методов, приспособленных к особенностям аномальных детей. В конечном счете лечебная педагогика должна создать соответствующую среду, активно воздействующую на психически отклоняющегося ребенка и имеющую целью развитие и улучшение его биосоциальных свойств. Вся эта работа должна производиться под врачебно-педологическим контролем с подробным учетом соматического и психического состояния ребенка; пониженный биотонус следует планомерно стимулировать; повышенную возбудимость с наклонностью к патологическим проявлениям следует направлять по другому руслу. Так, сексуально возбужденные дети при правильной организации школьной работы направляют свою энергию по целесообразному руслу: физкультура, ритмика, эстетическое воспитание особенно важны не только для непосредственных достижений в смысле развития способностей у ребенка, но и как средство для частичного плодотворного вытеснения и замены низших влечений, нередко доминирующих в психике аномальных детей. Особенности и детали обучения и воспитания зависят конечно от характера психических отклонений, наблюдающихся у различных детей.

Психотерапия в широком смысле этого слова практически осуществляется отмеченными выше лечебно-педагогическими мероприятиями, соответствующим режимом, правильным распределением труда и отдыха и пр. Психотерапия в более тесном смысле, т. е. в виде непосредственного влияния врача на больного, в самой простой форме выражается в виде беседований, которые ведутся с детьми с целью разъяснения некоторых болезненных симптомов, укрепления стремлений к исправлению линии поведения и пр. Такие беседы в зависимости от темы и от особенностей каждого

случая могут вестись или в индивидуальном порядке или же при участии коллектива (группы, звена, отряда и т. п.), особенно в связи с общими вопросами психогигиены. При этом обычно следует остерегаться, чтобы не фиксировать излишним образом внимания ребенка на тех или иных недостатках и патологических явлениях.

Более специальными приемами психотерапии — гипнозом и психоанализом — позволительно пользоваться лишь в редких случаях, когда имеются особые специальные показания, так как эти методы небезразличны для психики и могут оказаться вредными для ребенка, травмируя его или же фиксируя внимание на отрицательно окрашенных переживаниях. В частности гипноз может быть применен при наркоманиях, в некоторых случаях при лечении онанизма (у подростков). Что касается психоанализа, то следует иметь в виду, что лежащая в его основе теория Фрейда, неправильно преувеличивающая значение сексуальных травм (пансексуализм) и подсознательных моментов в психике, — в целом неприемлема и не может считаться обоснованной ни теоретически, ни на основании фактических наблюдений. Тем не менее психоанализ может быть применяем в тех сравнительно редких случаях неврозов, развившихся на почве психогенной (сексуальной) травмы, когда неприятное переживание, вытесненное из сознания, но не отреагированное, остается в психике, как комплекс, являющийся источником болезненных симптомов. Вскрывая путем психоанализа (изучением сновидений, ассоциативного процесса) такие комплексы, стремятся как бы извлечь занозу из психики больного, что и может повлечь за собой излечение, но может и наоборот: обострить невротические симптомы, активируя старую травму. Отсюда необходимость крайней осторожности при применении этого метода, слишком субъективного по существу и не поддающегося ни сколько-нибудь точной дозировке, ни объективной проверке.

Организация психоневрологической помощи детскому населению.

Детская психоневрологическая организация входит в общий план охраны здоровья детей и в то же время строится в известном контакте с невро-психиатрической организацией для взрослых. Сеть детских психоневрологических учреждений должна быть дифференцирована по возрастам (для дошкольного, школьного возраста и подростков), соответственно с формами нервно-психических уклонов, а также в связи с производственными особенностями соответствующих районов. Последнее обстоятельство имеет особенно большое значение в настоящий реконструктивный период в связи с созданием новых промышленных центров, образованием районов сплошной коллективизации, строительством социалистических городов и пр. В этом отношении в ближайшем времени ждут своего разрешения огромные организационные задачи по обеспечению детского населения дифференцированной психоневрологической помощью.

При организации психоневрологической помощи детям первое место должно принадлежать учреждениям профилактического характера. Профилактические мероприятия в детском возрасте, отли-

чающемся большой пластичностью и реактивностью, имеют особо важное значение. Поэтому основной фронт борьбы с нервно-психической заболеваемостью детей должен быть развернут в нормальных детских учреждениях, где и должна вестись соответствующая психопрофилактическая и психогигиеническая работа, руководимая детским психоневрологическим кабинетом единых диспансеров или детских профилактических амбулаторий. Психоневрологическая работа этих учреждений должна охватывать: 1) отбор детей при поступлении в школы и выделение случаев с нервно-психическими отклонениями в целях их направления в соответствующие учреждения; 2) школьный надзор за нервно-психическим здоровьем учащихся и своевременное принятие мер по отношению к случаям с теми или иными отклонениями; 3) просветительную психогигиеническую работу, имеющую целью улучшение условий труда и быта детей; 4) консультацию с педологами и педагогами по вопросам профилактики, в особенности в связи с политехнизацией школы.

Таким образом детский нервно-психиатрический диспансер входит в состав единых диспансеров или диспансерных объединений, обеспечивающих обслуживание населения по всем специальностям. Эта система единых диспансеров в общем целесообразна как с теоретической точки зрения (целостное изучение организма), так и с практической, давая возможность всестороннего исследования и принятия на этом основании соответствующих профилактических и лечебных мер, в частности сближая психоневрологию с другими областями медицины. Впрочем пока еще трудно конечно делать окончательные выводы о работе единых диспансеров, возможно что придется при дальнейшем развитии этого дела вводить некоторые коррективы, в частности по вопросу о принципах распределения групп населения, обслуживаемых диспансерами.

Во всяком случае независимо от того, входят ли детские психиатрические диспансеры в состав единого диспансера или же существуют отдельно, основным признаком, отличающим их от простых амбулаторий, следует считать активность их деятельности: диспансер не ждет посещений, он идет в население для того, чтобы вести свою психопрофилактическую и психогигиеническую работу.

Вокруг психоневрологических кабинетов диспансера группируется сеть специальных учреждений для психически аномальных детей.

Основные звенья детской нервно-психиатрической сети следующие:

1. Психиатрические лечебницы для острых психически больных, а также хроников, требующих лечения (эндокринопатии, инфекционные формы, сифилис мозга и пр.). Эти лечебницы могут быть организованы самостоятельно или же в виде отделений при психиатрических больницах для взрослых, а также при детских соматических больницах. Во всяком случае детские отделения должны находиться в особых павильонах с собственным местом для прогулок и с сохранением организационных особенностей детских учреждений.

2. Трудовые колонии для трудоспособных хроников — имбецилов, слабоумных (после перенесенных психических заболеваний, не закончившихся выздоровлением), эпилептиков и пр. Здесь очень важны правильная организация работ, использование

остаточной трудоспособности, обучение простейшим видам труда. Такие колонии могут быть организованы самостоятельно или же быть обособленными отделениями соответствующих учреждений для взрослых.

Эпилептики с частыми припадками требуют выделения в особое учреждение или отделение; для них тоже особенно важна постановка трудовых процессов с обращением внимания на специальные особенности этой категории детей.

3. Колонии-убежища (дешевого типа) для нетрудоспособных хроников, подлежащих признанию (идиотов, глубоко слабоумных, некоторых эпилептиков и пр.), могут быть отделениями соответствующих учреждений для взрослых.

4. Учреждения вспомогательного типа для умственно отсталых способных к обучению (дебилов и легких имбецилов): школы, детские сады, профтехнические школы облегченного типа — открытые и с интернатами. Программа должна быть приспособлена к интеллектуальным способностям отсталых детей. Обучение ремеслам, нередко учеба, объем которой приходится сокращать ввиду слабых способностей дебилов.

5. Учреждения для детей с хроническими поражениями нервной системы и более или менее близким к норме интеллектом. Дети, перенесшие тяжелые мозговые органические заболевания (энцефалиты, менингиты и пр.) с остаточными явлениями в виде параличей конечностей, контрактур и пр., требуют особых мероприятий, имеющих целью по возможности компенсировать их недостатки путем физических методов лечения, применения протезов, иногда хирургического вмешательства. Для таких детей необходимы особые учреждения с соответствующим оборудованием, а затем диспансерное наблюдение и амбулаторная помощь. Очень важное приспособление таких хроников к подходящим для них видам труда (профориентация).

6. Трудовые колонии для тяжелых психопатов с антисоциальными наклонностями. Строгий режим, трудовая дисциплина при широкой организации сельскохозяйственных работ и мастерских с применением политехнизма — должны лежать в основе организации этих учреждений.

7. Психоневрологические школы-санатории с интернатами для невропатов, реактивных и психопатов с нормальным интеллектом, но с особенностями психики, мешающими им работать в нормальной школе и требующими более или менее длительного санаторного лечения и режима. В эту категорию детей могут быть отнесены и случайные правонарушители с нервными и психическими отклонениями, не обладающие упорными и стойкими антисоциальными наклонностями. В школах-санаториях обучение ведется по программам нормальных школ, но весь режим, распорядок дня, воспитание должны быть организованы под контролем врача-психоневролога таким образом, чтобы развивая лучшие стороны психики таких детей, устранять и сглаживать патологические отклонения. Помимо школьного обучения, трудовых навыков, физкультуры, ритмики, эстетического воспитания, умело и правильно организованное самоуправление и самодеятельность, планомерное общественное воспитание имеют огромное значение при работе

с такими детьми. Практически непосредственной задачей такого учреждения должно быть такое улучшение состояния детей, чтобы они могли после более или менее длительного пребывания в школе-санатории перейти для дальнейшего обучения в нормальную школу.

8. Школы полусанаторного типа для нервных детей. Эти учреждения показаны для более легких случаев нервно-психической патологии; особенностью их являются: удлиненный школьный день (что особенно важно при тяжелых домашних условиях), более малочисленные группы (сравнительно с нормальными школами) и усиленное психоневрологическое наблюдение.

Дети с легкими степенями нервно-психической патологии могут также обучаться в особых группах нормальной школы вместе с слабыми детьми, которые как правило также в большинстве случаев не свободны от невротических симптомов.

Этими типами не исчерпывается сеть детских психоневрологических учреждений. Необходима еще известная дифференцировка самой нормальной школы, дающая возможность в пределах нормальной сети обучать и воспитывать некоторые формы с незначительными временными отклонениями¹.

Вообще дети с легкими нервно-психическими отклонениями могут и должны обучаться в нормальной школе, но конечно необходимо, чтобы был поставлен как следует школьный надзор, необходимо, чтобы школьный врач владел психоневрологическим методом исследования, умел распознавать психические отклонения у детей, давать правильные советы педагогам и был в состоянии принимать меры при ухудшении психического состояния. Особенно важен такой школьный надзор по отношению к детям социально запущенным, среди которых оказываются нередко нервно-психические отклонения. Нужно сказать, что и школьный надзор еще не решает всей задачи, необходимо оздоровление социально-бытовых условий жизни нервных детей, которое может быть хотя отчасти достигнуто при помощи диспансеризации.

Таким образом в конечном счете профилактика нервно-психических заболеваний в детском возрасте основывается на правильной организации соответствующих учреждений, на лечебно-педагогических мероприятиях по отношению к нервным и пограничным детям, на диспансеризации нервно-психиатрической помощи, на надзоре за психическим здоровьем детей в массовой школе. Далее психическая профилактика должна базироваться на психогигиенических мероприятиях, связанных с общегигиеническими или, лучше сказать, с социально-гигиеническими мерами. Оздоровление труда и быта, нормирование работы детей в школе и семье, правильное распределение труда и отдыха, борьба с социальными болезнями и наркоманиями имеют одинаково важное значение в смысле как физического, так и психического оздоровления детского населения.

¹ Следует иметь в виду, что некоторые из перечисленных выше учреждений для психически аномальных детей (вспомогательные и полусанаторные школы), как тесно связанные с нормальной школьной сетью, находятся в ведении отделов народного образования. Несомненно однако, что они должны быть также тесно увязаны и с психоневрологическими учреждениями охраны здоровья детей в целях полного охвата всех категорий психически аномальных детей единой сетью соответствующих учреждений.

ЧАСТНАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА.

При изложении клинических вопросов психиатрии (частная психопатология) мы в основном придерживаемся учения Крепелина, господствующего в настоящее время в нашей науке. Это учение имеет конечно существенные недостатки — излишнюю догматичность нозологических концепций, недостаточный охват пограничных состояний, недооценку значения наряду с формой также и содержания психических изменений, определяемого в значительной мере социальными моментами и пр. Однако, несмотря на это, учение Крепелина оказалось весьма жизненным, устойчивым и в то же время гибким и способным к дальнейшему развитию. Практическая пригодность и методологическая ценность учения Крепелина определяется рядом его особенностей: учетом значения материального субстрата психических изменений, установлением их связи между собой и с другими особенностями организма, как единого целого (связь с другими областями медицины), учетом фактора развития болезненных явлений и значения фило- и онтогенеза, динамичностью клинических построений, основанных на синтетическом изучении многостороннего фактического материала, установлением единства по внешности противоречивых психических изменений (концепции маниакально-депрессивного психоза и шизофрении) и т. д. В учение Крепелина, давшего основу для дальнейшего планомерного развития психиатрии, внесен конечно за последнее время ряд дополнений и изменений, которые, само собой разумеется, мы постараемся учесть при дальнейшем изложении.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.

При рассмотрении отдельных болезненных форм мы пользуемся общепринятой в настоящее время в психиатрии классификацией Крепелина. Эта классификация называется нозологической и основана на учете этиологии, симптоматологии течения, прогноза и патологической анатомии психического заболевания, учете, требующем всестороннего биологического исследования организма. То обстоятельство, что нозологическая классификация основана на учете патологоанатомических данных, на установлении связи между клиническими явлениями и их морфологическим субстратом, способствует построению материалистической концепции психических расстройств. Из факторов, определяющих нозологическую сущность заболевания, первенствующее значение имеет этиология, так как ею определяется в значительной мере вся тенденция болезненного

процесса: и течение, и исход, и патологоанатомические особенности. Поэтому деление этиологических факторов на экзогенные и эндогенные в значительной мере определяет и основную группировку психических расстройств на экзогенные и эндогенные. Экзогенные факторы, нарушающие биологическую структуру нервной системы и всего организма (инфекции, интоксикации и пр.), дают болезненные процессы, имеющие определенное начало и конец и поражающие более или менее здоровую до начала заболевания центральную нервную систему. Процессы основаны на деструкции мозгового вещества и дают определенные патологоанатомические изменения.

Одни из таких процессов являются обратимыми, причем нервная ткань сохраняет способность к восстановлению (например острые инфекционные психозы), другие процессы настолько глубоко поражают нервную систему, что деструкция последней является основой непоправимого оскудения психической деятельности. Во многих случаях наконец мы имеем дело не с процессом, протекающим на наших глазах, а с последствиями давно закончившегося процесса, оставившего в нервной системе стойкие *residua* — остатки, которые и лежат в основе неполноценности данной личности (сюда относятся некоторые формы олигофрений и пр.).

Экзогенные факторы психологического социального порядка, непосредственно действующие на психику и ведущие к динамическим нарушениям функций без грубой деструкции мозгового вещества, являются причиной патологических реакций, которые по существу представляются обратимыми путем восстановления временно нарушенного расстройства психических функций (подробности см. Экзогенные реакции).

Эндогенные факторы иногда также могут быть основой для прогрессивных болезней (эпилепсия, шизофрения), но в большинстве случаев они являются причиной аномалий, т. е. психических отклонений от нормы, основанных не на деструкции мозгового вещества, а на особенностях, большей частью ускользающих от анатомического определения и выражающихся в нарушениях функциональной деятельности нервной системы, что зависит впрочем не только от эндогенных отклонений, но и от патологического развития психики вследствие экзогенных, преимущественно социально обусловленных, факторов.

Таким образом в основу классификации психических болезней кладется патогенез, т. е. происхождение и связанная с ним сущность заболевания. Такая группировка болезненных форм оправдывается и практическими соображениями, так как патогенезом определяются в значительной мере основные тенденции дальнейшего хода заболевания, а следовательно и соответствующие мероприятия лечебно-профилактического характера. Что же касается внешних проявлений болезни, зависящих в значительной мере от различных добавочных моментов, которые могут влиять на картину заболевания, то эти проявления, составляя *патопластику* психозов, имеют второстепенное значение для классификации, так как одни и те же внешние признаки и даже их сочетания в виде синдромов могут быть при различных по существу заболеваниях и, наоборот, в отдельных случаях одной и той же болезни возможна разная *патопластика*.

Нужно однако сказать, что нозологическая resp, этиологическая, группировка психических болезней до сих пор не может быть проведена в полной мере по отношению ко всем психическим изменениям, так как основы, на которых зиждется классификация, не для всех заболеваний вполне выяснены, в частности для некоторых болезней неясна этиология и не имеется патологоанатомических данных. Постепенно однако в этом отношении заполняются пробелы и с указанными оговорками классификация Крепелина является все же единственной научно обоснованной в настоящее время.

Классификационная схема психических изменений в детском возрасте.

- I. Олигофрения (*idiotia, imbecillitas, debilitas*):
 - 1) микроцефалия,
 - 2) инфантилизм,
 - 3) эндокринопатические формы (кретинизм, монголизм),
 - 4) гидроцефалия,
 - 5) олигофрения в связи с ранними острыми инфекциями (менингиты, энцефалиты),
 - 6) люэтические формы,
 - 7) токсические формы,
 - 8) травматические формы.
- II. Психические расстройства, связанные с соматическими заболеваниями.
 - A. Острые инфекционные психозы без непосредственной мозговой локализации:
 - 1) симптоматические психические расстройства,
 - 2) экзогенные формы реакции: аменция, послеинфекционные состояния слабости.
 - Б. Психические расстройства после острых инфекций с непосредственной мозговой локализацией (менингиты, энцефалиты и пр.).
 - В. Изменения характера после острых инфекций.
 - Г. Психические расстройства в связи с подострыми и хроническими инфекциями с мозговой локализацией:
 - 1) инфекционная хорей,
 - 2) эпидемический энцефалит,
 - 3) сифилис мозга; ювенильный прогрессивный паралич.
 - Д. Психические изменения в связи с хроническими инфекциями без прямой мозговой локализации (туберкулез).
 - Е. Симптоматические психозы при заболеваниях внутренних органов (сердца, печени, почек).
- III. Эндокринопатии (базедова болезнь, микседема, тетания и пр.).
- IV. Психические изменения в связи с отравлениями: алкоголизм, кокаинизм, эрготизм и пр.
- V. Психические изменения в связи с травмами и другими тяжелыми экзогенными поражениями мозга: сотрясения мозга, контузии, травматическое слабоумие; изме-

нения характера в связи с травмой; травматический психоневроз.

VI. Психические расстройства в связи с тяжелыми эндогенными поражениями мозга (опухоли, туберозный склероз и пр.).

VII. Психические изменения в связи с аутоинтоксикациями: уремия и пр.

VIII. Эпилепсия.

IX. Эпилептиформные реакции:

- 1) симптоматическая эпилепсия,
- 2) травматическая эпилепсия,
- 3) случайные припадки,
- 4) спазмофилия,
- 5) аффективные респираторные судороги,
- 6) нарколепсия,
- 7) аффектэпилепсия,
- 8) пикнолепсия.

X. Шизофрения.

XI. Маниакально-депрессивный психоз.

XII. Реактивные изменения психики (психогении):

- 1) неврастения,
- 2) двигательные неврозы (тики, заикание),
- 3) примитивная психогения,
- 4) реактивная депрессия,
- 5) вазомоторно-эндокринные реакции,
- 6) шизоидные реакции,
- 7) истерия.

XIII. Пограничные состояния:

А. Врожденные болезненные состояния:

- 1) конституциональная нервность,
- 2) психастения,
- 3) расстройства влечений (импульсивное помешательство).

Б. Психопатические личности (психопатии в тесном смысле):

- 1) циклоиды,
- 2) шизоиды,
- 3) эпилептоиды (возбудимые, с повышенными влечениями и пр.),
- 4) реактивно-лабильные (истероиды, неустойчивые, лгуны и фантасты).

ГЛАВА VII.

ОЛИГОФРЕНИЯ.

Задержки психического развития представляют чрезвычайно многочисленную сборную группу, сходную по своим проявлениям, но разнообразную по этиологии и патологической анатомии.

Присвоенное Крепелином название этой группы — олигофрения-малоумие — определяет в значительной мере ее основной признак. Термин „олигофрения“, так же как и русский термин „малоумие“

или „тупоумие“, должно строго отличать от деменции или слабоумия; первым терминам присваивается понятие о задержке развития, о врожденной психической недостаточности, вторым же — понятие о приобретенной недостаточности, о болезненном поражении психики, бывшей здоровой до заболевания. Нужно однако иметь в виду, что в детском возрасте даже заболевания, поразившие нормально развивавшийся до того времени мозг, естественно вызывают помимо других симптомов и задержку развития; вследствие этого даже такие болезни, как шизофрения или прогрессивный паралич, помимо собственных им симптомов дают у детей еще явления недоразвития и эти последние выражены тем резче, чем ранее наступило заболевание; в некоторых случаях симптомы недоразвития настолько затемняют основные проявления болезни, что получается картина, сходная с олигофренией, и возможны диагностические ошибки. Таким образом олигофренические симптомы занимают чрезвычайно большое место в психопатологии детского возраста и бросают, можно сказать, свою тень даже на заболевания, по существу ничего общего с олигофренией не имеющие.

Принципиально следует считать олигофренией лишь задержку развития вследствие врожденных причин — наследственного вырождения или же поражения зачатка. Однако поражения нервной системы младенца в первые месяцы и даже годы жизни могут дать задержку развития, столь сходную с врожденными формами, что практически нет возможности дифференцировать такие случаи от настоящей олигофрении, и они включаются в состав этой болезни.

Общие симптомы олигофрении. При рассмотрении врожденных форм недоразвития до последнего времени главное внимание обращалось на степень умственной недостаточности; сообразно с этим установилось и обычное деление олигофрений на три степени: идиотия, имбецильность и дебильность. Эти три степени фактически обнимают собой все переходы от полного почти отсутствия психических функций до состояний, близких к норме. Границы указанных трех форм олигофрении являются совершенно условными. Попытка Вильдермута (Wildermuth) сравнивать степени психического недоразвития с тем или иным возрастом не выдерживает критики, так как олигофрен не представляет просто субъекта, задержавшегося в развитии на определенном возрасте, его психический склад не соответствует просто особенностям ребенка меньшего возраста; олигофрен развивается уродливо и дает не только количественно, но и качественно неполноценный тип человеческого существа. Тем не менее с известными оговорками сравнивают взрослых идиотов с детьми до 2-летнего возраста, имбецилов — с детьми до 7-летнего возраста. Вейгандт (Weugandt) говорит об идиотах более глубоких, находящихся на ступени развития грудного младенца, и менее глубоких, у которых имеются начатки речи, но которые все же неспособны к обучению. Имбецилы уже способны к обучению, но не пригодны к систематической работе, неспособны образовывать абстрактных понятий. Дебилы, наиболее близкие к норме, могут посещать школу, но остаются неспособными к самостоятельной деятельности. Самые низкие формы идиотии отличаются почти полным отсутствием психических функций. Их внимание ни чем не возбуждается, они не следят за движущимися предметами, не прислушива-

ются к звукам и т. п., не обнаруживают привязанностей, не различают близких людей, не плачут и не смеются, выражение лица их совершенно тупо, способность речи отсутствует, но и у таких идиотов бывают аффекты гнева с склонностью к бессмысленному разрушению (см. сл. 2).

При более легких формах идиотии заметны способность к восприятию, зачатки внимания, хотя очень нестойкого и недостаточного; с ними уже возможен некоторый контакт, чем они отличаются от более глубоких идиотов; они схватывают простые вопросы, понимают назначение простейших вещей, но запас представлений и у них остается ничтожным, их речь бедна по содержанию, технически несовершенна, грамматически неразвита; писать и читать они не научаются, но простейшую работу могут выполнять; эмоциональные колебания у них довольно выражены, привязанности поверхностны, сексуальная жизнь в большинстве случаев не развита, иногда выражается в онанизме, но изредка возможна и сексуальная агрессивность.

Имбецилы (сл. 1) способны уже к некоторому обучению, но при неспособности к образованию понятий, обычно плохой памяти и пониженной способности усвоения они не могут учиться в нормальных школах, а лишь во вспомогательных (и то лишь имбецилы более легких степеней). Они научаются немного чтению и письму, гораздо труднее элементарному счету, образование абстрактных понятий остается и для них недоступным; запас представлений довольно ничтожен. Их речь, довольно развитая сравнительно с идиотами, бедна содержанием, их поведение различно в зависимости от особенностей эмоциональной жизни и от силы и свойств влечений: одни из них добродушны, услужливы, трудолюбивы, другие злы, упрямы, обладают антисоциальными склонностями: лживы, агрессивны, аффективны. Многие из них с выраженными сексуальными влечениями, при этом нередко встречается агрессивность у мальчиков, слишком ранняя половая жизнь и беременность у девочек. Нередки сексуальные извращения, не говоря уже об очень распространенном онанизме; довольно обычны педерастия и эксгибиционизм.

К самостоятельному труду имбецилы остаются неспособными, в лучшем случае они выполняют простую работу под надзором и по указаниям других. Кадры бродяжек и малолетних проституток в значительной мере пополняются имбецилами. Нередки бессмысленные преступления, совершаемые имбецилами, находящимися без постоянного надзора. Так, девочка 12 лет, имбецилка, задушила своего малолетнего брата потому, что он мешал ей своим криком; мальчик натаскал камней и бревен на железнодорожный путь, чтобы посмотреть „как упадет поезд“ и т. п. Убийства, поджоги в состоянии аффекта или по наущению других — обычное явление; алкоголизм, часто при плохой выносливости, особенно увеличивает опасность имбецилов подростков.

Выше имбецилов и ближе к норме — дебилы (сл. 3, 4), это неполноценные субъекты, но все же способные к приобретению некоторых знаний. Они могут выполнять не очень сложные работы, им трудно учиться, но они иногда обладают односторонними способностями. Их восприятия неточны, внимание поверхностно и нестойко, у них мало интереса к учению и еще меньше выдержки; образование понятий им доступно, но недостаточно; абстрактное мышление совершается

с трудом; их суждения поверхностны и несамостоятельны. Дебилы не могут занять самостоятельного места в жизни, но при известном надзоре могут работать. Девочки, нередко удовлетворительно выполняют несложную домашнюю работу и не слишком плохо оцениваются окружающими, особенно в примитивной деревенской обстановке. Особенности поведения, характер конечно бывают очень разнообразны у дебилов; здесь многое зависит как от степени развития аффектов и влечений, так и от особенностей воспитания, наличия или отсутствия руководства и надзора; при неблагоприятных условиях и дебилы подобно имбецилам легко могут пойти по антисоциальному пути; разные преступления, бродяжничество, проституция тем более часто наблюдаются у дебилов, что они легко поддаются под влияние преступных элементов, нередко использующих неполноценных, нестойких и лишенных критики дебилов.

Вышеописанные особенности психики олигофренов находятся конечно в зависимости от возраста ребенка, при этом следует отметить, что в более раннем возрасте — лет до 7 — очень трудно бывает установить степень умственной недостаточности, оценить стойкость и величину дефекта. Дело в том, что отмечаемые в раннем возрасте дефекты — задержка развития, отсутствие речи, резкая умственная недостаточность — могут в дальнейшем вместе с ростом организма несколько выравниваться и ребенок, казавшийся идиотом, превращается нередко в возрасте 8—10 лет в умственно отсталого более легкой степени — имбецила или даже дебила.

Для учета степени отсталости существует ряд методов исследования (Бинэ, Россолимо, Sancto de Sanctis и др.), которые позволяют установить приблизительно, насколько велик дефект умственного развития у данного индивидуума. Эти методы однако не дают сколько-нибудь полного и точного определения состояния психики, ими исследуются почти только интеллектуальные функции, между тем, как мы видели, особенности психики олигофрена не исчерпываются его большей или меньшей интеллектуальной отсталостью. Характер, влечения, темперамент также представляют ряд особенностей, которые должны быть учтены для сколько-нибудь полного определения психического облика олигофрена. Особенно различия темперамента накладывают резкий отпечаток на личность олигофрена. Издавна различались эретические и торпидные, подвижные и вялые.

Однако и этого мало. Следует считать крайне односторонним и недостаточным учет одних лишь психических особенностей олигофренов. Их психическое недоразвитие почти всегда связано с недостаточностью других функций организма и биологическая концепция олигофрении возможна конечно лишь в результате подробнейшего неврологического и соматического обследования. Особенно должно быть отмечено состояние двигательной сферы; чем более глубоки формы олигофрении, тем чаще встречается двигательная недостаточность; впрочем здесь нет полного параллелизма; бывают случаи, когда даже тяжелые олигофрены отличаются достаточной ловкостью движений. По статистике Нодаше (Naudacher) двигательная недостаточность встречается у 75% идиотов, у 50% имбецилов, у 25% дебилов и лишь у 2% нормальных детей. Айреланд (Ireland) сообщает, что в среднем из 116 идиотов только 5 начали ходить

во-время, остальные же лишь после 2½ лет. В большинстве случаев олигофрены неловки, у них масса лишних ненужных движений, они с трудом приобретают самые простейшие навыки. У наиболее глубоких олигофренов наблюдаются разнообразные стереотипные движения, качания туловища, потряхивания головой, однообразные движения конечностей и т. п. Это так называемые *Idiotenbewegungen*.

В настоящее время, в связи с более точным изучением анатомо-физиологических механизмов, имеющих отношение к двигательным функциям, получилась возможность выделения ряда форм недостаточности, которые и были нами описаны в общей симптоматологии. Все указанные нами формы двигательной недостаточности (тип Dupré, моторный инфантилизм, экстрапирамидная, церебеллярная и фронтальная формы) преимущественно встречаются и изучены при олигофрении.

Помимо этих форм общей двигательной недостаточности у олигофренов наблюдается ряд особенностей и дефектов отдельных двигательных механизмов. Наиболее важным, теснейшим образом связанным с интеллектуальной недостаточностью явлением, нужно считать разного рода недостатки со стороны речи. Прежде всего очень часто наблюдается запаздывание момента, когда дети начинают говорить. Айреланд наблюдал у 103 олигофренов в среднем начало речи после 4 лет; некоторые из них начали говорить лишь к 10—12 годам и только в 4 случаях дети начали говорить во-время. Лей (Leu) нашел замедление начала речи в 67,4% находившихся под его наблюдением олигофренов. В некоторых более тяжелых случаях наблюдается полное отсутствие речи, больные произносят лишь нечленораздельные звуки; Крайлсгеймер (Crailsheimer) в 36,3% своих больных констатировал отсутствие речи. Нужно однако иметь в виду возможность позднего начала речи и не терять поэтому надежды на ее развитие, пока мы имеем неговорящего ребенка не старше 7—8 лет. Особенно следует считаться с возможностью так называемой *Hörstummheit* — слухонемоты, состоящей в замедлении развития двигательного компонента речи при достаточно развитом понимании чужой речи. Здесь мы имеем дело с явлением, которое до известной степени наблюдается и в норме. Здоровый ребенок около года уже понимает много слов, но произносить их еще не умеет; собственно у него наблюдается физиологическая слухонемота, которая конечно продолжается лишь сравнительно короткое время. У олигофренов такое состояние может оказаться растянутым на большой промежуток времени. Гораздо чаще, чем слухонемота наблюдается у олигофренов разнообразные дефекты речи. В одних случаях мы имеем чисто артикуляторную недостаточность связанную с неспособностью производить правильно координированные движения мышцами, имеющими отношение к произношению звуков: шепелявость, неумение произносить некоторые согласные сходны, тем что наблюдается в виде преходящего явления у нормальных детей. В других случаях наблюдается преобладание недостаточности, связанной с неумением складывать звуки в слоги и слова и располагать слова в известной последовательности, с соблюдением грамматических правил, свойственных данному языку. Далее передача мыслей при помощи речи

может быть недостаточной, несмотря на наличие у больного технических элементов языка. При аграмматизме мы имеем простое нанизывание слов без их грамматического соединения, без склонений, спряжений и пр., при акатафазии — неправильную связь между отдельными частями предложений. Неправильно построенные фразы могут иметь то или иное содержание, которое с большим или меньшим трудом расшифровывается окружающими. Нередко мы наблюдаем идиотов с значительным запасом слов, с довольно правильным их выговором, но все же с неспособностью выразить словами какую-либо простейшую мысль; набор слов больного только по внешности напоминает человеческую речь, но лишен главного ее признака — содержания. Иногда такие идиоты бывают крайне болтливыми, другие очень скупы на слова; речь олигофренов даже легких степеней обычно маловыразительна, без интонаций, с неправильными ударениями, с ненужными паузами.

Мимика и пантомимика олигофренов также обычно бледны и невыразительны; если иногда и бывают ясно и резко выраженные мимические движения и жесты, то они в то же время отличаются однообразием, отсутствием нюансов и свойственных норме тонких переходов между отдельными формами, в которые выливаются эти выразительные движения. В отдельных случаях при резких экстрапиримидных расстройствах наблюдается почти полное отсутствие мимических, пантомимических, защитных и прочих автоматических движений.

Двигательная недостаточность проявляется также в виде ночного недержания мочи, явления чрезвычайно частого у детей-олигофренов и зависящего от недостаточного развития соответствующих высших двигательных центров.

Далее следует отметить очень частое наличие левшества у олигофренов сравнительно с нормальными детьми. Если принять во внимание, что у левшей имеется преобладание правого полушария над левым, а не наоборот, как у большинства людей, то станет ясным, что левшество является выражением очень глубокой и важной аномалии. Конечно мы знаем много нормальных людей-левшей; известны и гениальные люди, отличавшиеся этой особенностью (Леонардо да Винчи), однако все же несомненно, что левшество часто бывает связано с умственной недостаточностью, с двигательными дефектами, с *epuresis post.*, недостатками речи и пр. и даже с эпилепсией.

В области чисто соматического развития мы также наблюдаем у олигофренов ряд особенностей; сложение тела очень часто диспластическое с неправильными пропорциями. Рост в большинстве случаев не достигает нормы, иногда, наоборот, превышает; вес также обычно недостаточен, иногда чрезмерно велик в связи с огромным отложением жира. Наблюдаются несоответствия длины конечностей с размерами туловища. Очень часто общий вид олигофрена не соответствует его возрасту: в одних случаях телесные признаки подходят к более молодому возрасту, половое созревание запаздывает, наблюдаются крипторхизм, отсутствие вторичных половых признаков, даже у взрослых олигофренов; в других, более редких случаях, наоборот, наблюдаются преждевременное соматическое развитие и раннее возмужание. Эти несоответственные возрасту

признаки зависят в значительной мере от неправильной функций желез внутренней секреции.

Со стороны черепа наблюдается целый ряд аномалий: слишком малая (микроцефалия) или слишком большая величина черепа, его неправильная форма, асимметрии, недоразвитие или же чрезмерное развитие лицевых костей черепа, неправильный рост зубов и т. д. Очень часты у олигофренов так называемые признаки дегенерации: волчья пасть, заячья губа, необычная волосистость, альбинизм, полидактилия (лишние пальцы на руках и ногах), различные уродства половых органов (гермафродитизм, гипоспадия и пр.). Нередки также аномалии и уродства внутренних органов.

Очень часты недостаточности со стороны органов чувств, особенно зрения и слуха.

Излишне перечислять здесь подробно те многочисленные и разнообразные недостатки со стороны соматической сферы, которые мы наблюдаем у олигофренов. Эти недостатки в значительной мере различны в зависимости от происхождения олигофрении, от той болезненной причины, которой обусловлено недоразвитие. Во всяком случае важно подчеркнуть здесь еще раз, что олигофрения не может быть рассматриваема лишь как психическая недостаточность, что мы, напротив, имеем здесь общее недоразвитие всего организма.

Далее мы здесь не будем отмечать тех многочисленных неврологических симптомов, которые наблюдаются при некоторых формах олигофрении, так как они находятся в зависимости преимущественно от очаговых симптомов и будут нами отмечены при описании отдельных форм.

Приведенное выше краткое описание явлений, характеризующих олигофрению, не дает еще достаточно опорных пунктов для нозологической группировки относящихся к ней случаев. Как было уже указано, олигофрения представляет сборную группу, причем общий признак — недоразвитие организма и в частности психики — является следствием разнообразных этиологических моментов. Лишь точное уяснение последних в связи с патологоанатомическими и биохимическими данными даст возможность построить полную нозологическую классификацию олигофрений. В настоящее время вследствие неполноты этих данных возможно выделение лишь некоторых форм и групп. При этом основное этиологическое деление психических расстройств на эндогенные и экзогенные остается в силе и для олигофрении. Приведем важнейшие формы.

Микроцефалия. Равномерно малый по размерам череп и соответственно малый недоразвитый мозг являются основной характеристикой этой формы. При этом к истинной микроцефалии следует относить лишь случаи недоразвития мозга и черепа; случаи же, когда малые размеры мозга зависят от экзогенных поражений мозгового вещества (ранние энцефалиты и прочие очаговые поражения) должны быть выделены особо, как не относящиеся к микроцефалии. Некоторые авторы говорят в таких случаях о псевдомикроцефалии; при ней также и череп бывает малой величины, но чаще пораженный мозг не заполняет черепной коробки и имеется несоответствие между величиной мозга и вместимостью черепа.

При настоящей микроцефалии, которую мы и будем лишь иметь в виду, помимо малых размеров черепа и мозга отмечаются следующие особенности. Кости черепа обыкновенно бывают утолщены. Существует воззрение, что первичной причиной микроцефалии является именно неправильное развитие черепа, его преждевременное окостенение, задерживающее таким образом механически рост мозга. Однако это предположение, по крайней мере для большинства случаев, неправильно. Обычно у идиотов вовсе не наблюдается преждевременного окостенения и зарращения швов и гораздо больше оснований считать, что, наоборот, малый объем черепа вызывается недоразвитием мозга. Вообще рост черепа и в других случаях, например при головной водянке, приспособляется к внутричерепному давлению.

Мозг микроцефалов не только мал, но и не совсем равномерно развит. Главным образом недоразвиты полушария, вследствие чего стволовая часть и мозжечок кажутся несоразмерно большими. Подкорковые узлы и спинной мозг бывают развиты достаточно. В полушариях также нет равномерности в развитии. Обычно особенно мала лобная часть. Количество и развитие извилин бывают резко уменьшены, нередко наблюдается так называемая обезьянья борозда (*f. simia*). Таким образом мозг микроцефала имеет сходство частью с мозгом животных (обезьян), частью с мозгом утробного младенца (6—8 месяцев). При микроскопическом исследовании мозга микроцефалов также отмечается ряд признаков недоразвития. Кора представляется утонченной, неясно отграниченной от белого вещества; нередко отмечаются гетеротопии — участки серого вещества, расположенные в белом — там, где в норме не должно быть нервных клеток. В самой коре не наблюдается правильного расположения клеток по слоям. В первом слое заметны так называемые Сажалевские клетки, в норме бывающие только в утробном периоде. Белое вещество также не только уменьшено количественно, но запаздывает в смысле обкладки миэлином.

Помимо черепа общее строение тела у микроцефалов также обычно представляет некоторые особенности. Туловище, кажущееся несоразмерно большим сравнительно с маленькой головой, все же часто бывает меньше нормы, ноги обычно коротки, в связи с чем общий рост значительно меньше средних величин (130—150 см у взрослых микроцефалов). Руки, наоборот, бывают несоразмерно длинны, что снова дает повод указывать на сходство с обезьяной. Это сходство еще увеличивается общей посадкой тела — микроцефалы стоят и ходят слегка согнувшись — так называемые питекоидная фигура (*pithecoide Haltung*). Что касается двигательных особенностей микроцефалов, то они очень своеобразны; мимика, жесты, автоматические и защитные движения (экстрапирамидные функции) развиты достаточно. Больные обычно оживлены, подвижны; точные же движения, способность к выполнению определенной работы (например письмо) для них почти невозможны. Они не в состоянии вырабатывать формулы движений. Их общей двигательной неловкости соответствует недостаточно развитая, аграмматическая речь. Особенности двигательных функций микроцефалов зависят очевидно от недоразвития преимущественно корковых центров при сравнительно достаточном развитии экстрапирамидных систем; при этом

в зависимости от большего или меньшего недоразвития отдельных центров получаются или формы Дюпре, когда на первом плане пирамидная недостаточность, или описанная нами фронтальная форма, когда при общем богатстве движений на первом плане неспособность выработки двигательных формул. В смысле психических свойств выраженные микроцефалы обычно находятся на низкой ступени развития, соответствующей идиотии. При этом они обычно добродушны, доступны, иногда несколько возбуждены, суевливы.

Микроцефалия лишь одна из наиболее экзквизитных и ярких форм недоразвития мозга. В других случаях недоразвитие выражается в частичных формах уродства центральной нервной системы: почти полное недоразвитие мозговых полушарий (анепсерфалия), недостаточное развитие отдельных долей и извилин (агирия), микрогирия и *st. verrucosus* (формы, до известной степени соответствующие ранним периодам развития плода), гетеротопии серого вещества, т. е. неправильное его развитие среди белого вещества, отсутствие или недоразвитие мозолистого тела, и т. д. Сюда же следует относить так называемую болезнь Мерцбахера (Merzbacher), выражающуюся в недоразвитии белого вещества, которое на значительных участках не покрывается вовсе миэлином.

До некоторой степени противоположностью микроцефалии является мегалэнцефалия: большая голова при отсутствии головной водянки, глубокая идиотия; анатомически — очень тяжелый мозг (у одного идиота 3½ лет мозг оказался весом 1770 г), с особенно большим мозжечком и сильным развитием серого вещества как коры, так и подкорковых узлов, с наличием гетеротопий; зато отмечается резкое недоразвитие белого вещества, в частности мозолистого тела. Наконец существуют случаи, когда недоразвитие мозга связано с недоразвитием сосудистой системы (ангиодистрофия мозга).

Различные уродства центральной нервной системы в более тяжелых случаях являются анатомической находкой у мертворожденных или же у нежизнеспособных младенцев, гибнущих в раннем возрасте. В случаях же, когда такие дети выживают, мы имеем дело с более или менее глубокими олигофрениями, причем наблюдаются симптомы со стороны психики и соматики, находящиеся конечно в зависимости и от степени мозгового недоразвития и от места, от системы, которая оказалась уродливой и недостаточной.

Инфантилизм. Сюда относятся очень частые случаи более или менее равномерного недоразвития, при котором у ребенка наблюдаются свойственные более раннему возрасту признаки детскости как соматические, так и психические (а у взрослого признаки, свойственные ребенку того или другого возраста). Ввиду отсутствия грубых недостатков развития мы имеем при этом в большинстве случаев нерезкие формы олигофрении (обычно степень дебильности). Психическая жизнь инфантильных субъектов носит на себе печать незрелости, они лучше себя чувствуют в обществе более молодых по возрасту детей, чем в обществе сверстников; инфантильные дети старшего возраста сохраняют свойственные младшему возрасту черты впечатлительности, эмотивности и по своим интересам и вкусам, по отсутствию способности к абстрактному мышлению, по неустой-

чивости и слабости внимания, незрелости суждений, неспособности к усидчивой работе, быстрой утомляемости — они находятся на уровне малых детей; их движения также сохраняют особенности раннего детства — двигательный инфантилизм Гомбургера (см. выше), фронтальную недостаточность Гуревича (неспособность к последовательным планомерным двигательным актам вследствие недостаточности выработки формул движений при повышенной подвижности и даже грациозности). С точки зрения соматической у инфантильных преобладают размеры и пропорции, свойственные более молодому возрасту, недостаточный рост и вес, запаздывание появления половых признаков, менструаций и пр.

Более легкие случаи инфантилизма приближаются непосредственно к состоянию нормы (например так называемому инфантильно-грацильному типу, являющемуся нормальной вариацией с легкими чертами инфантилизма в соматической, двигательной и психической сферах).

От инфантилизма следует отличать: 1) наносомию, когда мы имеем карликов, лилипутов с собственными возрасту пропорциями, но уменьшенными размерами тела и обычно с близким к норме развитием интеллекта; затем 2) случаи дизглангулярных расстройств, при которых также нередко бывает недостаточный рост и о которых речь будет в дальнейшем; сюда относится и так называемый инфантилизм Бриссо (Brissaud) и наконец 3) случай недостаточного роста, связанные с неправильным развитием скелета вследствие ахондроплазии или же рахита, получается в сущности не инфантильное, а неправильное сложение, причем обычно такие случаи не связаны с психическим недоразвитием и не относятся следовательно к олигофрении.

Эндокринопатические формы. Сюда относятся случаи олигофрений, при которых недоразвитие мозга и всего организма является следствием нарушения деятельности желез внутренней секреции. Конечно дизглангулярные расстройства бывают и при других формах олигофрений, как проявление общего недоразвития; эндокринопатиями же в собственном смысле следует считать лишь те формы, при которых дисфункция желез является основной причиной, определяющей все прочие болезненные явления (их уже нужно считать вторичными). Эндокринопатические олигофрении являются следствием задержки развития желез внутренней секреции или же следствием их поражения во время внутриутробной жизни и в раннем детстве; при этом помимо значения наследственности и общего поражения зачатка оказывают влияние на развитие эндокринной системы яды, циркулирующие в крови матери во время беременности, ранние инфекции и пр.

Различные формы эндокринопатий лишь тогда имеют отношение к олигофрении, если дисфункция начинается в очень раннем возрасте или же является врожденной; позднее же начинающиеся эндокринопатии конечно не относятся к олигофрениям, представляя

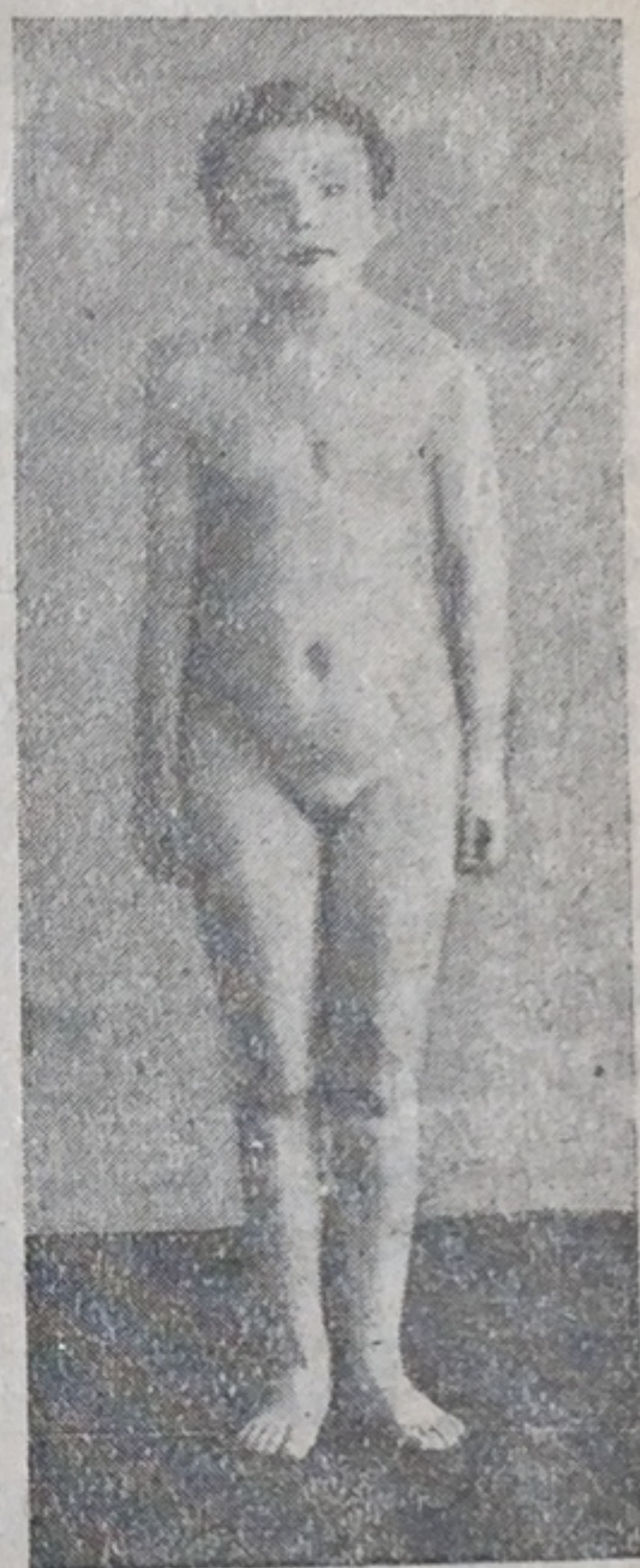


Рис. 1. Инфантилизм. Больная 15 лет. По росту и весу соответствует 10 годам.

рения соматической у инфантильных
ции, свойственные более молодому
вес, запаздывание появления поло-
пр.

илизма приближа-
ю нормы (например
грацильному типу,
цией с легкими чер-
ской, двигательной

ичать: 1) наносомию
утов с свойственны-
уменьшенными раз-
норме развитием ин-
дулярных расстрой-
ко бывает недоста-
удет в дальнейшем;
емый инфантилизм
случай недостаточ-
вильным развитием
азии или же рахита,
антильное, а непра-
ычно такие случаи
едоразвитием и не
гофрении.

мы. Сюда относятся
орых недоразвитие
ется следствием на-
внутренней секреции.
стройства бывают и

ий, как проявление общего недораз-
собственном смысле следует считать
дисфункция желез является основной

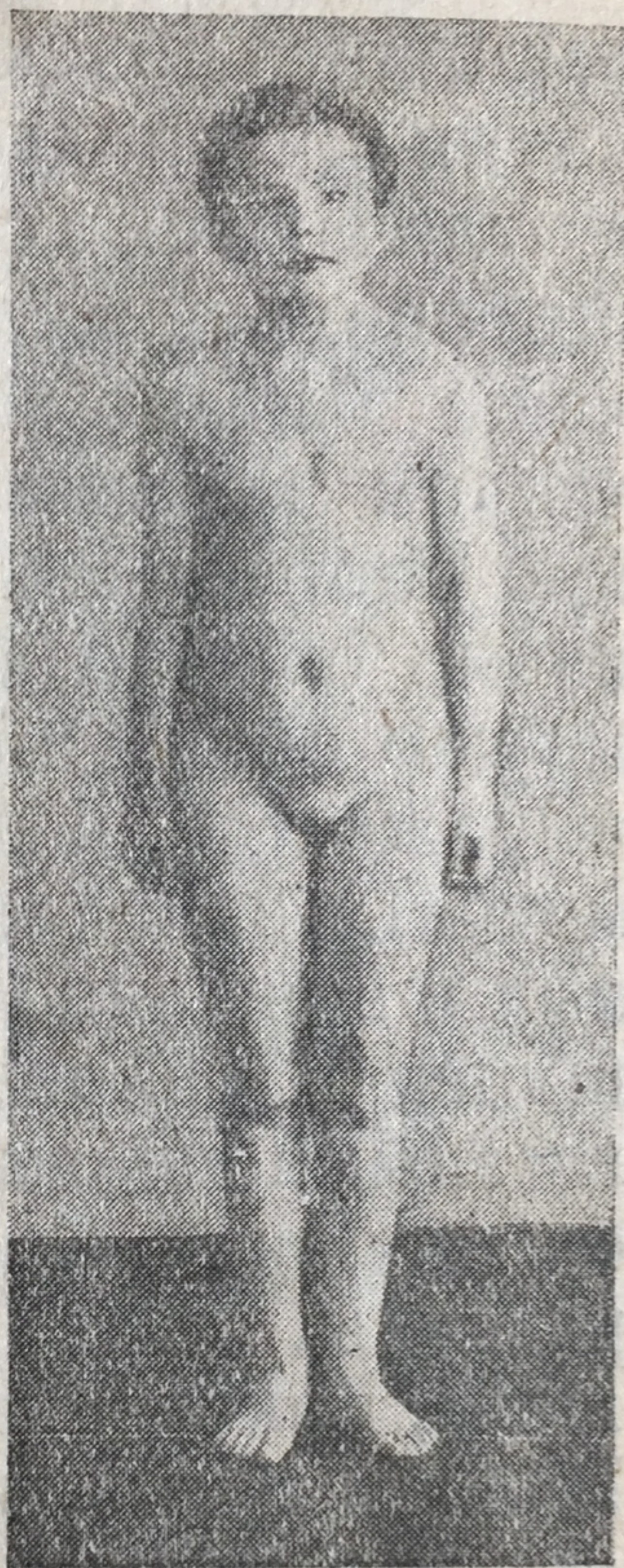


Рис. 1. Инфанти-
лизм. Больная 15 лет.
По росту и весу
соответствует
10 годам.

определенный процесс, не укладывающийся в рамки простого недоразвития. Поэтому эндокринопатии описаны нами в особой главе.

В числе олигофрений мы опишем лишь две формы, несомненно относящиеся к эндокринным расстройствам, но всегда протекающие по типу олигофрении, как формы недоразвития. Это — кретинизм и монголизм.

Наиболее известной формой эндокринопатии является **кретинизм** (сл. 5), как следствие гипофункции щитовидной железы. Различают: 1) эндемический кретинизм, наблюдаемый в некоторых горных местностях (в Альпах, Карпатах, на Кавказе), причем этиология болезни еще окончательно не выяснена, 2) спорадический кретинизм, встречающийся повсюду и зависящий повидимому от врожденного недоразвития щитовидной железы. Обе формы очень сходны по симптомам и отличаются в следующих пунктах: 1) при спорадическом кретинизме щитовидная железа уменьшена или отсутствует, при эндемическом чаще бывает зоб, но лишь редко атрофия железы; 2) при эндемическом кретинизме часто наблюдается тугоухость, чего не бывает при спорадическом; 3) задержка развития при спорадическом кретинизме обычно бывает более резко выраженной. В остальном возможно общее описание обеих форм. Задержка развития у кретинов выражается в недостаточном росте (иногда не достигает одного метра), в замедленном окостенении эпифизов длинных костей и черепных швов; лицо имеет своеобразный вид: корень носа втянут, расширен и уплощен, нос короткий, сплюснутый, расстояние между глазными щелями увеличено, рот обычно открыт, язык большой, как бы опухший. Кожа лица утолщена, веки и губы толсты, щеки как бы раздуты, цвет кожи бледножелтый; на туловище тоже кожа утолщена, микседематозна, суха; отделение пота и сала резко уменьшено. Волосы сухие, грубые, растут плохо, ногти толстые, ломкие; конечности и пальцы короткие, живот большой. Нередко наблюдается пупочная грыжа.

Психически имеется более или менее выраженное недоразвитие, иногда доходящее до степени глубокой идиотии, причем на первом плане вялость, медлительность, пассивность.

Лечение препаратами щитовидной железы улучшает состояние больных, уменьшает психическую вялость, увеличивает рост. Конечно лечение идет тем более успешно, чем раньше оно начато.

Монголизм — довольно частая и интересная форма олигофрении относится к плюригландулярным расстройствам (сл. 6 и 7). Раньше употреблялось обычно название монголоидная идиотия, но такой термин нельзя считать подходящим, так как монголизм вовсе не всегда выражается в глубокой форме олигофрении, в идиотии.

Повидимому при монголизме имеется главным образом дисфункция щитовидной и половых желез в своеобразной комбинации, но вместе с тем несомненно имеет значение общая задержка развития вследствие недостаточной жизнедеятельности зародышевой массы. Обычно монголоиды — последние дети у многоплодных матерей или же дети слишком пожилых родителей.

Монголоиды отличаются рядом характерных симптомов, делающих распознавание очень легким. Главнейшие признаки, характеризующие эту форму: монгольские черты лица с косо поставленными глазами и большим расстоянием между ними с *epicanthus* — склад-

кой во внутреннем углу глаз, приплюснутый нос, плоское лицо, большой язык с глубокими бороздами на поверхности, мышечная гипотония, гиперэкстензия суставов, причем пальцам, предплечью и т. д. могут быть приданы самые неестественные положения. Рост их обыкновенно ниже среднего, роднички долго (лет до 3) остаются открытыми, окостенение швов замедлено; пальцы на руках и ногах короткие, часто наблюдаются косоглазие, нистагм, помутнение хрусталика. Кожа бледна, но щеки и кончик носа обычно красного цвета. Далее часто наблюдаются пупочные грыжи, крипторхизм. Движения обыкновенно неловки, мимика однообразная, речь недоразвитая. Монголоиды в психическом отношении представляют различные ступени недоразвития, начиная от глубокой идиотии. По характеру они обычно добродушны, с повышенным настроением, склонны к подражательности, имитируют окружающих. В общем такие больные недолговечны, особенно часто они гибнут от туберкулеза. Серейский различает две формы монголизма: 1) с преобладанием гипотиреоидных явлений (сильная отсталость в росте, толстая, сухая кожа, одутловатое лицо, вздутый живот, пупочная грыжа и пр.). Это более частая форма. Со стороны психики она характеризуется слегка повышенным настроением, указанной выше склонностью к подражанию, добродушием, некоторым психомоторным возбуждением при большей или меньшей степени умственной отсталости (эретическая отсталость); 2) с преобладанием гипогенитальных признаков (крипторхизм, резкий акроцианоз, отсутствие вторичных половых признаков в соответствующем возрасте, отсутствие или недоразвитие верхних латеральных резцов); со стороны психики эта более редкая форма отличается безразличным настроением, торпидностью, вялостью.

В мозгу монголоидов отмечается ряд признаков недоразвития: малая величина полушарий, бедность извилинами, гетеротопии серого вещества, уменьшение числа нервных клеток, неотчетливая архитектоника коры, бедность нервными волокнами; нервные клетки нередко представляются слабо окрашиваемыми, с малым числом отростков.

Группа олигофрений, развивающихся вследствие экзогенных повреждений мозга. При рассмотрении этой группы следует иметь в виду возможность повреждения зачатка плода во время внутриутробной жизни или же поражение мозга в раннем детстве.

Поражение зачатка особенно часто бывает вследствие алкоголизма или сифилиса родителей, реже имеют значение и другие инфекции и отравления. При поражении зачатка получаются явления недоразвития, при которых далеко не всегда удается распознать специфические признаки, связанные с внешним этиологическим моментом; вследствие этого поражение зачатка практически очень трудно отграничить от эндогенных (наследственных) форм; весьма возможно даже, что многие из форм, описываемых обычно как эндогенные, являются следствием экзогенного поражения зачатка, (например монголизм). Более ясны и определены черты экзогенного происхождения в случаях поражения плода или же в случаях заболевания раннего детства. Сюда относятся следующие формы:

Менингиты. Воспаления мягкой мозговой оболочки в виде эпидемического менингита, серозного, туберкулезного менингита

или же в виде гнойного поражения (иногда в связи с отитом) начинаются более или менее остро с повышением температуры. Если дело не кончается летальным исходом, то остатки менингита, утолщения оболочки, так или иначе задерживают развитие мозга и дают ту или иную степень олигофрении.

В зависимости от места поражения возможны и очаговые явления в виде параличей, а также наличие эпилептиформных припадков.

Энцефалиты — одна из наиболее частых основ олигофрении (сл. 2).

Можно различать две основные формы: 1) острый энцефалит, развивающийся в связи с какой-либо инфекцией и характеризующийся внезапным, часто бурным началом, повышенной температурой, резкими мозговыми явлениями; 2) исподволь возникающий энцефалит с незаметным началом, чаще всего связанный с сифилитической инфекцией. В том и другом случаях мы имеем дело с разрушением мозгового вещества, что влечет за собой задержку развития всего мозга, и ряд местных симптомов, зависящих от локализации энцефалита. Разнообразные очаговые симптомы дают своеобразную картину олигофрений, возникающих на почве ранних энцефалитов. Наиболее частыми из этих очаговых явлений следует считать параличи; сюда относятся так называемые церебральные детские параличи, выражающиеся в гемиплегиях, диплегиях, параплегиях, моноплегиях. Степень параличей бывает различна — от полной неподвижности до малозаметной слабости. Парализованные в раннем детстве конечности не доразвиваются и уродуются, искривляются благодаря контрактурам; в таких конечностях иногда наблюдаются гиперкинезы в виде дрожаний, хореатических и атетозных явлений. Менее часты расстройства чувствительности в связи с энцефалитом. Очень нередки эпилептиформные припадки (от 40 до 50% всех случаев).

Общее физическое развитие — рост, двигательные способности, речь — при энцефалитах всегда запаздывает, и в большинстве случаев наблюдается стойкая недостаточность. То же самое касается психических функций, недоразвитие которых в конечном счете может колебаться от самых глубоких идиотий до слабых степеней дебильности. Само собой разумеется, что менингиты и энцефалиты могут развиваться одновременно (менингоэнцефалиты).

Гидроцефалия (сл. 10 и 11). Чрезвычайно характерны явления, сопровождающие головную водянку. Повышения давления в желудочках мозга вследствие скопления жидкости ведет к уплощению и утончению стенок мозга, превращающегося в огромный пузырь, причем происходит более или менее резкое увеличение черепа. Очень характерными для формы гидроцефалического черепа нужно считать следующие особенности: резкая выпуклость лобной кости, растяжение черепа вверх и отчасти назад; так как основание черепа и лицевая часть остаются обычных размеров, то получается весьма характерный общий вид головы; в частности корень носа, связанный с основанием черепа, кажется резко запавшим под выпуклым лбом. Округлость черепа может достигать огромных размеров (до 75 см и больше). Непосредственным следствием повышения внутричерепного давления являются спастические параличи, контрактуры; очень обычны эпилептиформные судоро-

рожные припадки. Походка расстроена, даже в менее тяжелых случаях; вследствие давления на хиазму зрительных нервов нередко расстройства со стороны зрения (чаще всего битемпоральная гемианопсия). Давление на гипофиз может дать внутрисекреторные дисфункции, выражающиеся в ожирении, задержке полового развития и пр. Общая задержка в развитии сказывается и на психических функциях, причем возможны как глубокие степени идиотии, так и менее резкие явления недостаточности. При этом для гидроцефалов характерны: эйфория при общей тупости и большая раздражительность, склонность к аффективным вспышкам. В течение головной водянки бывают колебания: повышение внутричерепного давления вызывает рвоту, головные боли, судорожные припадки и подергивания, затемнение сознания. Обычно гидроцефалия начинается на первом году жизни. Эти больные большей частью недолговечны, но в некоторых случаях процесс как бы останавливается, и субъект развивается лишь с небольшими дефектами. Бывают наконец случаи, когда незначительная гидроцефалия совершенно не нарушает психического развития.

Причиной возникновения головной водянки следует считать воспалительное увеличение количества цереброспинальной жидкости вследствие поражения *pl. chorioidei* и эпендимы, причем это поражение нередко бывает связано с менингитом (с оболочки воспалительный процесс переходит на *plexus chorioideus*). Вместе с тем нарушается сообщение между желудочками и субарахноидальным пространством, вследствие чего расстраивается правильная циркуляция жидкости. Воспалительный процесс, лежащий в основе гидроцефалии, зависит от различных инфекций — чаще всего от сифилиса, что доказывается между прочим и серологическими реакциями и анатомическими исследованиями.

Олигофрения на почве врожденного сифилиса. Конгенитальный сифилис является очень частой причиной олигофрении. По мнению некоторых авторов чуть не половина всех случаев олигофрении зависит от сифилиса. Можно различать два типа влияния сифилиса родителей на неполноценность потомства: заражение плода и повреждение зачатка. В тех случаях, когда заражается плод, может произойти поражение нервной системы во внутриутробном периоде или в раннем детстве в виде менинго-энцефалита, поражения сосудов и пр. В результате получаются как общая задержка развития мозга, так и местные явления (остатки протекшего процесса) в виде выпадений (параличей) или же симптомов раздражения (рубцы, утолщения оболочек могут давать эпилептиформные припадки). Клинически, помимо общей отсталости, часто отмечаются очаговые симптомы, изменения со стороны зрачков, рефлексов и пр. В этих случаях обычно наблюдается также недоразвитие моторики, наличие соматических стигм конгенитального сифилиса (седловидный нос, гутчинсоновские зубы и пр.) и иногда положительная реакция Вассермана в крови и цереброспинальной жидкости; впрочем серологические реакции часто все же отсутствуют, так как мы имеем здесь дело не с активным сифилитическим процессом, а с остатками (*residua*) протекших поражений. Тем не менее нередко на фоне сифилитической олигофрении могут развиваться обострения процесса в виде той или иной формы

сифилитического психоза или даже прогрессивного паралича. При повреждении зачатка мы имеем не непосредственную передачу инфекции плоду, а вероятно токсическое поражение зародышевой плазмы, вследствие чего получаются дефекты развития при отсутствии специфического сифилитического процесса. Такие субъекты не являются сифилитиками в строгом смысле слова, хотя их неполноценность и является следствием сифилиса родителей. У таковых олигофренов не отмечается очаговых неврологических симптомов, нет соматических стигм конгенитального сифилиса, не бывает положительных серологических реакций. Они обычно отличаются общей соматической и психической неполноценностью, хилостью, малой жизнеспособностью. Если при вышеописанной первой форме сифилитической олигофрении находят в мозгу остатки воспалительных процессов специфического происхождения, то при поражении зачатка наблюдаются лишь дефекты развития более или менее ясно выраженные, но лишенные специфичности.

Следует еще раз отметить, что поражение зачатка может быть следствием и других инфекций родителей, помимо сифилиса, а также интоксикаций, особенно алкоголя (зачатие во время опьянения). Ввиду отсутствия сколько-нибудь ясных специфических признаков. В каждом отдельном случае при поражении зачатка бывает очень трудно на основании исследования олигофрена сделать заключение относительно сущности этиологического момента, повлекшего за собой недоразвитие; только объективный анамнез и обследование семьи больного помогают установить патогенез.

Само собой разумеется, что и другие формы тяжелых поражений мозга во внутриутробном периоде и раннем детстве могут задержать развитие субъекта и служить основой олигофрении. Довольно часто олигофрения развивается в связи с травмами. Уже во время беременности травма матери в животе, а также попытки механического производства выкидышей могут вызвать кровоизлияния и повреждения мозга плода, но гораздо чаще конечно травматизация происходит во время родов (сл. 4), особенно при узком тазе, при неправильных положениях младенца и при хирургических вмешательствах. Равным образом случайные травмы головы в раннем возрасте могут повлечь за собой повреждение мозга, в частности кровоизлияние. Задержки развития вследствие травматических повреждений по своей степени зависят конечно от места и величины повреждения. Само собой разумеется, что и здесь мы нередко встречаемся с очаговыми симптомами в виде параличей, гиперкинезов, эпилептиформных припадков и пр.

Наконец могут быть поражения мозга младенца в зависимости от отравления во внутриутробной жизни. Интоксикации возможны вследствие нарушения обмена веществ матери или же вследствие введения внешних ядов в ее организм (иногда намеренно, с целью изгнания плода); возможны конечно отравления и в раннем детстве. Интоксикации могут дать весьма резкие поражения несформировавшегося мозга; анатомически в таких случаях отмечаются запустения в коре при отсутствии воспалительных явлений.

Помимо перечисленных выше форм с более или менее ясным этиологическим моментом и анатомическим субстратом остается еще значительная масса случаев олигофрении с неясным патогенезом.

Самые разнообразные моменты—инфекции, алкоголизм родителей и пр. могут повредить зачаток и дать неправильный ход развития младенца без грубых поражений мозга, доступных нашему исследованию и без местных очаговых симптомов. Обычно это более легкие формы недоразвития, переходящие без резкой границы в состояния нормы.

Течение олигофрений по существу стационарное. Задержка развития, являясь следствием той или иной причины, характеризует собой все дальнейшее течение болезни или, лучше сказать, всю жизнь субъекта. При этом само собой разумеется, что развитие олигофрена как психическое, так и соматическое, лишь задерживается, а не прекращается: такие дети тоже развиваются, но во-первых, медленнее, чем нормальный ребенок, а во-вторых, не достигая высоты развития, свойственной данному возрасту; при этом, как многократно уже упоминалось, самая степень отсталости может быть различной и вместе с тем неодинаковой по отношению к отдельным функциям. Развиваясь, хотя и недостаточно, с возрастом олигофрен может давать и некоторые ухудшения в зависимости от биологических факторов (например в пубертатном периоде в связи с половым созреванием) и от внешней среды, (беспризорность, заброшенность, непосильная школьная нагрузка (сл. 3 и 4). Но эти ухудшения не нарушают понятия об олигофрении, как о стойкой недостаточности, не имеющей тенденции к прогрессивному течению.

Прогноз при олигофрении определяется вышеприведенными общими особенностями ее течения, степенью недоразвития и патогенетическими свойствами каждого данного случая. Здесь следует сказать лишь, что чем моложе ребенок, тем осторожнее нужно быть с предсказанием. Несомненно бывают случаи, когда довольно резкие явления недоразвития, наблюдающиеся в первые годы жизни, постепенно сглаживаются; силы организма справляются с неблагоприятными факторами, помешавшими своевременному развитию, и субъект может достигнуть, если не нормальных свойств, то значительно более высокой ступени развития, чем можно было ожидать на основании обследования его в раннем детстве. В особенности это конечно касается случаев, в основе которых не лежит грубое нарушение целостности мозга.

Дифференциальная диагностика олигофрений в огромном большинстве случаев не представляет затруднений, поскольку дело касается формального определения задержки развития. Более точно но ологическое распознавание отдельных форм конечно представляется гораздо более сложной и трудной задачей и требует детального психоневрологического, серологического и соматического исследований. Ряд прогрессивных заболеваний, иногда начинающихся в детском возрасте, как прогрессивный паралич, шизофрения, эпилепсия, могут тем более давать повод к смешению с олигофренией, что эти болезни, раз только они начинаются в незрелом возрасте, помимо обычных своих симптомов влекут также за собой, как упоминалось, большее или меньшее частичное недоразвитие. Накладываясь, так сказать, на общие явления данной болезни, симптомы недоразвития могут тем более увеличивать сходство с олигофренией, что например прогрессивный паралич и шизофрения в детском воз-

расте имеют гораздо менее яркие проявления, чем у взрослых, а что касается эпилепсии, то, как мы видели, многие формы олигофрении сопровождаются припадками. Все же дифференциальный диагноз указанных выше прогрессивных заболеваний основывается на увеличивающемся распаде личности, на явной тенденции к ухудшению и на наличии симптомов, свойственных именно этим заболеваниям (о чем будет речь в соответствующих главах). Олигофрен, как правило, хотя медленно и плохо, но развивается, он кое-что приобретает. Прогрессивный паралитик, шизофреник, эпилептик теряют то, что было, идут вниз; в их анамнезе отмечается обычно правильное развитие до начала болезни. Однако при описании этих болезней, особенно шизофрении и эпилепсии, нам придется столкнуться с формами раннего начала или же с формами, когда болезнь накладывается на уже имевшуюся олигофрению; в таких случаях, как мы увидим, распознавание представляет иногда очень большие трудности.

Очень важное значение имеет отграничение легких случаев олигофрений от нормальных вариантов с невысоким интеллектом. Задержка интеллектуального развития может быть не проявлением олигофрении, а следствием 1) более позднего созревания данного индивида сравнительно с другими сверстниками, 2) педагогической запущенности, пребывания в некультурной среде, вследствие чего отсутствовали условия, необходимые для развития психики, 3) длительных соматических болезней (главным образом в раннем детском возрасте) или же физических недостатков (слепоты, глухонмоты и пр.), затрудняющих своевременное развитие психики при отсутствии специального обучения. Все эти случаи, не относящиеся к олигофрении, отличаются от последней тем, что при надлежащем педагогическом и культурном воздействии они выравниваются и занимают принадлежащее им место среди нормальных сверстников; вообще при тщательном психоневрологическом обследовании обыкновенно не так трудно отличить олигофрена от педагогически и культурно запущенных случаев. Таким образом в частности совершенно очевидно, что не всякий ребенок, неуспевающий в школе, должен считаться олигофреном, так как имеются многочисленные переходящие причины школьной неуспешности — социальная и культурная запущенность, соматическая слабость, обычно связанная с невротическими явлениями и повышенной утомляемостью, иногда даже характерологические особенности, затрудняющие приспособляемость детей к школьной обстановке (некоторые шизоиды). Следует отметить еще, что, наоборот, легкие олигофрены, происходящие из культурных семей и получившие особенно тщательное воспитание и обучение, могут по внешним данным, по наличию достаточных навыков и знаний, казаться нормальными в интеллектуальном отношении и только более подробное исследование их психики (неспособность к абстрактному мышлению, отсутствие творчества, неумение разобратся в новом материале без посторонней помощи, несамостоятельность мышления и пр.) дает возможность и в таких случаях установить диагноз олигофрении.

Лечение олигофрений. Прежде всего конечно имеет значение причинное лечение там, где это возможно. Случаи, в этиологии которых отмечается сифилис, могут дать улучшение благодаря

специфическому лечению; однако благоприятного результата можно ожидать далеко не всегда. Дело в том, что обычно в основе олигофрении лежит не активный люэтический процесс, а повреждение зачатка или же старые сифилитические поражения, т. е. непоправимые остатки уже закончившегося процесса (менингита, энцефалита). Ясно, что в таких случаях антилюэтическая терапия ничего не дает, но испытывать ее все же следует, если есть указания на известную активность процесса (особенно при положительной реакции Вассермана), хотя бы в надежде частичного улучшения. В случаях эндокринопатического происхождения олигофрении показано соответствующее лечение; в особенности при кретинизме тиреоидин дает недурные результаты, если лечение начато своевременно. При таком лечении кретины худеют, увеличивается их рост, уменьшается психическая вялость и т. д. Некоторые результаты получаются также при лечении адипозо-генитальной дистрофии питуитрином (препаратом гипофиза).

Однако в большинстве случаев эндокринных расстройств к сожалению лечение препаратами тех или иных желез не приводит к ощутимым результатам, что очевидно зависит от сложности расстройств, захватывающих всю эндокринную систему. Препарат какой-либо одной железы не в состоянии привести в порядок всю неправильно функционирующую систему. Только более детальное изучение весьма сложных эндокринных отношений даст, можно надеяться, в дальнейшем возможность терапевтических достижений в этом направлении.

В некоторых случаях олигофрении показано хирургическое вмешательство: удаление опухолей, рубцов после менингита и пр.; удаление жидкости при гидроцефалии, что дает хотя и не всегда стойкие, но все же благоприятные результаты, особенно если помимо выпуска жидкости создаются условия, препятствующие ее новому накоплению (надрез мозолистого тела для соединения субарахноидального пространства с желудочками). В некоторых случаях уменьшение внутричерепного давления путем операции является жизненным показанием в порядке неотложной помощи. Конечно такие хирургические операции имеют свои опасности и в значительном проценте случаев дают смертельный исход.

Применяются наконец хирургические мероприятия для устранения особенно тягостных контрактур, для исправления искривлений конечностей и т. п.

Вообще отдельные явления, наблюдающиеся при олигофрениях, подлежат тем или иным терапевтическим мероприятиям. При параличах применяются с некоторым успехом электризация и массаж. Контрактуры частично устраняются, как сказано, хирургическим лечением. Отдельные неприятные симптомы, как ночное недержание мочи, онанизм и т. п., требуют также внимания врача. При энурезисе пост. больше всего можно возлагать надежду на соответствующий режим (уменьшение приема жидкости, поднятие с постели во время сна, чем создается привычка к своевременному опорожнению пузыря, своего рода условный рефлекс). При онанизме также режим, устранение раздражающих сексуальных моментов, трудовая дисциплина, направление энергии по целесообразному руслу имеют гораздо большее значение, чем лекарственные меры.

Вообще при терапии олигофрении главный акцент должен быть поставлен на лечебно-педагогических мероприятиях. Обучение и воспитание отсталых, создание для них соответствующей среды требует особого внимания врачей и педагогов. При тяжелых формах отсталости (идиотия, глубокие степени имбецильности) задачи лечебной педагогики ограничиваются известным дисциплинированием ребенка, обучением его простейшим навыкам опрятности, умению есть, одеваться и пр.

При более легких формах олигофрении уже возможно систематическое обучение; таким детям доступны чтение, письмо, счет, приобретение элементарных сведений, необходимых для жизни в обществе, некоторые простейшие ремесла, дающие возможность субъекту в дальнейшем иметь известный заработок. Наряду с развитием умственной сферы необходимо упражнение двигательных способностей как в целях устранения нередко имеющихся недостатков в этой области, так и имея в виду приучение таких детей к трудовым навыкам. Однако и по отношению к легким формам олигофрении на первом плане не столько обучение, сколько воспитание и во всяком случае обучение должно быть тесно связано с воспитанием. Создание привычки к труду, соответствующему силам субъекта, использование и развитие соматических, в частности двигательных и психических функций, наконец создание социальных навыков — являются основными задачами лечебной педагогики. При правильной постановке дела получается возможность сделать из легкого олигофрена до известной степени полезного члена общества и отвлечь от грозящей ему социальной деградации (бродяжничество, нищенство, проституция и пр.).

Обучение и воспитание легких олигофренов должно производиться в особых учреждениях; наиболее общепринятым типом таких учреждений у нас и за границей является вспомогательная школа, в которой и программы и, что особенно важно, методы преподавания приспособлены к более низкому уровню развития отсталых детей. Лишь самые легкие степени дебильности, граничащие с низкой нормой, могут обучаться в обычной школе, но при этом требуется осторожность. Чувство собственной недостаточности по сравнению с более одаренными сверстниками, невозможность выдержать нормальную школьную нагрузку, постоянные неудачи и затруднения могут вызвать более или менее выраженную вспышку психогенного заболевания у склонных к психическим реакциям олигофренов (сл. 3 и 4). Бегство в болезнь нередко является следствием помещения дебильного субъекта в массовую школу, возлагающую на него непосильные задачи; часто именно такая попытка обучения в нормальной школе обнаруживает наличие олигофрении у детей, способности которых до того времени не возбуждали особых сомнений у окружающих. В этом отношении следует во время предостеречь честолюбивых родителей, нередко заставляющих своих отсталых детей во что бы то ни стало идти в ногу с нормально одаренными сверстниками. И в смысле методов обучения и в смысле величины нагрузки и наконец в смысле дальнейшего выбора профессии отсталые дети должны быть ограждены от предъявления им непосильных требований. Только на подхо-

дящей для них работе дебилы могут более или менее успешно занимать свое скромное место в жизни.

Для иллюстрации приведем несколько случаев различных форм олигофрении¹.

Случай 1. Б-ной А., 12 лет, поступил 10/V 1919 г. Доставлен из детской колонии вследствие странного поведения и побегов. Анамнез неполный; отец убит на войне, после его смерти больного отдали в монастырь, где было что-то вроде приюта для сирот. Мальчик прислуживал монахам, выучил псалмы, любил ходить на богослужения. После революции приют закрылся, мальчик нищенствовал, потом его определили в детскую колонию, откуда он несколько раз убежал. Status. Правильное сложение, уклонений со стороны внутренних органов и нервной системы нет. Движения координированы, но замедлены и неотчетливы. Мальчик левша. Речь шепелява. Б-ной копирует поведение монахов, говорит певучим голосом, кладет поклоны, поет псалмы, мечтает о монастырской жизни. Рисует исключительно храмы, могилки с крестами и т. п. Свой религиозный багаж мальчик в учреждении очень быстро растерял и перестал выражать интерес к соответствующим вопросам, только долго еще рисовал могилки с крестами. Очень быстро подпадает под влияние окружающих и подражает им во всем. Так, долго был под влиянием мальчика, увлекавшегося клоунами; оба они устраивали целые клоунские представления, причем наш б-ной всегда играл подчиненную роль; мальчики получили прозвище Бим и Бом, что заменило прежнее прозвище „монах“ для нашего б-ного. Настроение всегда устойчивое, ровное, приветлив; охотно исполняет простую несложную работу, но без всякой инициативы и по раз заученному порядку; в учении совершенно не успевает. Отсталость по Бинэ лет на 6. Никогда не берет ничего чужого. Благодаря подражательности умеет копировать окружающих, чем забавляет детей. Диагноз: олигофрения степени imbecillitas, повидимому врожденная форма, без очаговых симптомов.

Случай 2. Б-ной Г., 9 лет, поступил 19/X 1921 г. Отец алкоголик, дед тоже. Мать здорова; дед по матери алкоголик, умер от рака; бабка душевно больная. Среди родственников матери было еще несколько случаев душевных заболеваний. Мальчик родился здоровым, в возрасте 7 месяцев было воспаление мозговых оболочек, болел больше месяца. После того бывали припадки то в виде кратковременных потерь сознания, то судорожные. Ходить начал с 14 месяцев, говорить не начинал. Речи не понимает, издает нечленораздельные звуки. Status. Питание пониженное, подкожные кровоизлияния на голених (скорбут). Череп гипербрахицефалический, выдаются лобные, затылочные и теменные бугры; рот очень большой; десны разрыхлены; конечности цианотичны; зрачки реагируют на свет и аккомодацию; ходит лишь при поддержке. Не знает своего места, не узнает окружающих, совершенно равнодушен к матери, не понимает ни речи, ни интонации, ни жестов, легко раздражается, иногда скрежещет зубами, стремится кусаться, нечленораздельно кричит. Радости ничем не выражает, съедобное не различает от несъедобного, пищу глотает не пережевывая, спит плохо, часто просыпается. Мастурбирует на глазах окружающих, приходит в ярость, если ему мешают. Сильные внешние раздражения на него почти не действуют, больной повидимому ничего не слышит, ощущает лишь сильную боль, но не отдергивает конечностей (недостаток защитных рефлексов). Улыбки, смеха и плача не бывает. Частые однообразные покачивания туловища. Есть и пить не просит, царапает себя до крови. 29/I 1922 г. погиб от скорбута. При вскрытии найдено: височные доли с обеих сторон разрушены, на их месте кисты, резкое помутнение и утолщение мозговых оболочек над лобными долями. Диагноз — идиотия на почве тяжелого поражения мозга в раннем детстве.

Случай 3. Б-ная Е., 10¹/₂ лет. Отец алкоголик, мать олигофренка, дед по матери умер от пьянства. Б-ная родилась до срока (7 месяцев одна из двойни). Однако физически развивалась удовлетворительно, говорить начала на втором году. До 8 лет характер спокойный. Но когда определили в школу, учиться ей было трудно, в школе жаловались на ее плохое поведение и действительно как-будто изменился характер; дома девочку били, она отвечала криками, вспышками злобы и буйства. Status. Несколько диспластична (тонкие ноги, большое туловище), со стороны внутренних органов и нервной системы ничего особенного. Двигательные способности нормальны. Лицо не выразительное. В клинике спокойна, аффектов нет; девочка примитивная; узкий круг интересов, легко внушаема, эгоистична, но не

¹ Истории болезни, приводимые нами в настоящей книге, за незначительными исключениями относятся к больным находившимся под нашим наблюдением в Московской детской психоневрологической клинике Наркомздрава, входящей в настоящее время в состав Государственного научного института ОЗД и П.

злобна, подражательна. Ориентируется в несложной житейской обстановке, мышление доступно лишь конкретное. К умственному усилию мало способна, учиться не хочет, память плохая, осмысляет с трудом, ручным трудом занимается более охотно. По Бинэ соответствует 8 годам. Направлена для обучения в вспомогательную школу. Диагноз — олигофрения степени дебильности. Характерна аффективная реакция в связи с помещением в нормальную школу, с непосильной для девочки нагрузкой.

С л у ч а й 4. Б-ная Л., 11 лет. В наследственности помимо туберкулеза по линии отца ничего особенного. Роды тяжелые, родилась в асфиксии; после значительных усилий возвращена к жизни, через два дня после рождения отмечены страбизм и судорожные подергивания. Ходить начала около двух лет, говорить — около трех. Психически развивалась медленно, отставала от сверстниц. По характеру была живой, веселой. В 10 лет поступила в школу, успеваемость слабая; в связи со школьной неуспеваемостью реактивные изменения психики, подавленность, раздражительность, чувство собственной неполноценности. Status. Телосложение астеническое, признаки рахита. Ночное недержание мочи. Значительная моторная отсталость. Застенчива, неуверена в себе, нет самостоятельности, инициативы. Запас слов не богат, круг представлений ограниченный, абстрактные понятия мало доступны, интеллект в пределах дебильности (отсталость на $2\frac{1}{2}$ года). Читает медленно, считает слабо в пределах одного десятка. Трудолюбива, работоспособна при доступной работе. Диагноз — олигофрения (дебильность) повидимому на почве родовой травмы. Направлена в вспомогательную школу.

С л у ч а й 5. Б-ная Ш., 17 лет, поступила 20/XI 1927 г. Отец здоров, мать полная, страдает подагрой, по ее линии много тучных людей. Б-ная при рождении девятая по счету, вес 2000 г, грудь взяла только на третий день, зубы прорезались на 3-м году, голову стала держать на втором году, ходить и говорить после 3 лет. С первых дней жизни вялая, спокойная, бледная как восковая, по словам сестры, зябкая; с 6 лет стала полнеть, учиться не могла. В 1923 г. лечилась тиреоидином, сразу подвинулась в интеллектуальном отношении, научилась немного читать и писать, стала живее, похудела. Лечение продолжалось до конца 1925 года, когда тиреоидин пришлось отменить, так как начались кожные высыпания, тахикардия, раздражительность. Рост 110 см, соответствует 7 годам, вес 23,7 кг — соответствует 9 годам. Брахицефалка. Сложение диспластическое, конечности короткие, genu valgum; плоские стопы, короткая шея, широкая переносица, толстые губы, большой вялый живот, короткие искривленные диафизы конечностей, широкие эпифизы. Пастозная, толстая, сухая кожа, синюшность и потливость конечностей, жировые подушки в области живота, под и над ключицами. Щитовидная железа отсутствует, кровяное давление понижено, лимфоцитоз, ваготония. Жалобы на зябкость и частые головные боли. Менструаций и вторичных половых признаков нет. Гипотония мышц, мимика вялая, походка утиная. Общая двигательная отсталость (соответствует 5 годам) при достаточной ручной умелости. Голос хриплый, речь медленная, запас слов бедный. Ориентирована в месте и времени, вяла, апатична, добродушна, приветлива. Любит заниматься ручным трудом (шить для кукол). Интересы детские, ограниченные; запас сведений скудный: имеются лишь конкретные сведения, касающиеся ближайших житейских данных. Память удовлетворительная. Комбинирует и осмысляет очень плохо, арифметические действия в пределах первого десятка, интеллект по Бинэ соответствует 7 годам. К длительному умственному напряжению неспособна. Диагноз — кретинизм (гипотиреозидизм) с недоразвитием степени имбецильности.

С л у ч а й 6. Б-ой С. без анамнеза, доставлен милиционером с улицы. Рост 111,5 см, соответствует 7 годам, окружность головы 46,5, соответствует 1 году. Брахицефал. Руки короткие. Лицо онголоидного типа, с косо поставленными глазами. Широкая, плоская переносица, румянец на щеках, язык большой, бороздчатый, живот большой, вздутый, шея короткая, гиперэкстензия всех суставов, genu valgum, мускулатура вялая, гипотония, кожа толстая, сухая, мраморность на груди и конечностях, цианоз. Щитовидная железа не прощупывается, thymus увеличена, двусторонний крипторхизм, походка неуверенная, за все задевает, все движения неловки, руки держит ладонями, вывернутыми назад. Много синкинезий; ест что попало, грызет известь. Реакция Вассермана отрицательная, исследование вегетативной нервной системы дало средней силы реакцию на пилокарпин и резкую на атропин. Речь недоразвита, состоит из нескольких слов, активное внимание слабо, исследование крайне затруднено вследствие недоразвития речи; по Бинэ дает приблизительно 3 года. Добродушен, доступен, ласков, жаден к новым впечатлениям, любопытен, неустойчив, подражателен, обжорлив. Диагноз — монголизм.

С л у ч а й 7. Б-ной Б., 17 лет, поступил 5/VIII 1921 г. По отцовской линии у многих родственников алкоголизм, туберкулез, рак. По материнской линии — туберкулез. Отец алкоголик, раздражительный; мать здорова. Б-ной пятый в семье;

во время беременности применялись меры для выкидыша. Родился очень слабым, до двух лет не держал головы, ходить начал с 3 лет, речь до сих пор слабо развита, не больше 10 слов. Припадков не было. Психическая отсталость очень резкая. По росту и весу ниже своего возраста. Вторичных половых признаков нет. Сложение диспластическое. Череп скошенный, неправильной формы, монголоидный тип лица, узкие, косо поставленные глаза, страбизм, эпикантус. Большой рот, очень большой бороздчатый язык, больной держит его большей частью высунутым. Зубы мелкие, неправильно посаженные. Мышечная гипотония, гиперэкстензия суставов. Сухожильные рефлексy живые. Резкий цианоз конечностей. Чувствительность не нарушена. Органы чувств функционируют; защитные, автоматические движения, мимика и жесты имеются. Щитовидная железа увеличена, явления скорбута при поступлении. Движения неловки, медленны. Достаточно ориентирован в окружающей обстановке, знает свою постель, узнает окружающих, сам одевается и ест, опрятен, аккуратен с вещами, добродушен. Если его обижают дети, кричит нечленораздельно, защититься не умеет. Понимает многие слова, знает и показывает части тела, простые предметы обихода; улавливает интонацию голоса, сам произносит лишь несколько неправильных слов. Больше сидит, вертит в руках какую-нибудь вещь; настроение большей частью безразличное, но может проявлять удовольствие и неудовольствие. Диагноз—монголизм. Впоследствии больной умер от дизентерии.

С л у ч а й 8. Б-ная З., 11½ лет, поступила 13/IX 1926 г. Со стороны наследственности ничего особенного. Родилась крупной, росла большой и тучной. Ходить начала 1 г. 8 мес., говорить с 3 лет. Речь развивалась медленно. Рахит. Судорожный припадок на третьем году, с тех пор не было. Отстает в умственном развитии; помещена в школу год назад, пришлось взять оттуда, так как учиться не могла. За последний год сильно развилась физически, появились вторичные половые признаки. Рост 154,3, соответствует 15 годам, вес 52,5 — соответствует 17 годам, окружность черепа 56,4 (как у взрослого). Диспластическое телосложение; лицо большое, угловатое, сильно развиты надбровные дуги, массивная плотная челюсть, широкие плечи, таз как у взрослой женщины. Руки длинные, кисти крупные, широкие. Мышцы вялые. Ноги большие, крупные стопы. Большие отложения жира в области живота и бедер. Развиты вторичные половые признаки, волосистость; щитовидная железа прощупывается. Рентген показывает увеличение турецкого седла, что связано очевидно с увеличением гипофиза. Двигательно крайне недоразвита, синкинезии, адиадохокинез; мимика вялая, старообразная. Общий вид немолодой взрослой женщины. Психически вялая, апатична, круг интересов ограничен. Интеллектуально отстает, соответствует 8 годам, школьный багаж беден, читает по слогам, круг представлений ограничен домашним обиходом. Быстрая утомляемость. Сексуальна. Много ест, неряшлива. К интеллектуальному напряжению не способна, ручным трудом также почти не может заниматься вследствие двигательной недостаточности и неуклюжести. Диагноз: олигофрения степени имбецильности на почве дисфункции гипофиза (акромегалоидный тип, pubertas praecox).

С л у ч а й 9. Б-ная П., 10 лет, из крестьянской среды, поступила 9/I 1923 г. Отец алкоголик, мать дебилка. Девочка с самого рождения вялая, апатичная, тучная. Говорить не начинала кроме отдельных слогов. Ухода за ней почти не было, часто падала, ушибала голову. С 8 лет особенно растолстела, стали развиваться грудные железы. С этих пор меньше ходит, сидит, раскачивается. Менструации начались с полгода назад. Status. Сложение диспластическое, шея короткая, левое плечо ниже правого, сколиоз. Стоит, согнувшись, с опущенными руками, походка медленная, неуверенная, с покачиваниями в стороны. Рост 127; вес 39 кг. Развиты вторичные половые признаки, как у взрослой женщины. Сложные движения больной недоступны, не может одеваться, раздеваться, пользоваться ложкой, неопытна мочой и калом днем и ночью. Наклонность к дерматитам и пролежням, видит и слышит повидимому достаточно, на боль реагирует вяло и не сразу, защитные движения имеются, выразительные движения также (смех, плач), мимика вялая. Не говорит, некоторые слова понимает; предоставленная самой себе сидит, ритмически покачивается, иногда смеется без повода. Ест мало, безразлична к другому полу. Реакция Вассермана отрицательная. Сухожильные рефлексy и зрачки нормальны. Диагноз: олигофрения степени идиотии на почве гипофизарной дисфункции (*dystrophia adiposo-genitalis*).

С л у ч а й 10. Б-ной А., 11 лет, поступил 20/XI 1922 г. Родители здоровы. Патологическая наследственность отрицается. Мальчик с раннего детства отличался значительной по размерам головой, почти ежедневно бывали головные боли, частые рвоты. Ходить и говорить начал с опозданием. По характеру добродушный, учиться начал с 8 лет, учение не давалось. После случайного падения (9 лет) усилились головные боли, появились паралич нижних конечностей и припадки с судорогами и потерей сознания. Голова стала еще больше, стало падать зрение, к этому же

времени отмечается усиленное отложение жира на животе. Появились полиурия и полидипсия, сахар в моче. Обхват черепа 59 см, неполное заращение швов, костный скелет без отклонений, крипторхизм, слабое развитие мускулатуры. Походка атаксически спастическая. Передвигается с посторонней помощью; чувствительность сохранена; зрачки расширены, на свет не реагирует. Сухожильные рефлексы на нижних конечностях резко повышены, патологических рефлексов нет. Речь не расстроена, но несколько медленная, тягучая. Головные боли, рвоты. Рентген показал расширение турецкого седла. Интеллект равномерно понижен, слабая память, неустойчивое внимание, неточность восприятий. По Бинэ соответствует 7 годам. Абстрактное мышление мало доступно, круг сведений ограничен, склонность к резонерству. Обычно спокоен, доступен. Под влиянием лечения питуитрином скопление жира стало меньше, рвоты несколько реже. Походка стала уверенной, зрение несколько улучшилось. Однако последние две недели пребывания в клинике опять появились припадки, рвота. Вопреки совету врачей взят домой, там умер. Диагноз: врожденная головная водянка, на почве которой — олигофрения. Дистрофические расстройства (скопление жира) можно связать с давлением жидкости на гипофиз.

Случай 11. Б-ной Л., 10 лет. Патологическая наследственность отрицается. Мальчик родился здоровым, 11 месяцев перенес мозговое заболевание, сопровождавшееся высокой температурой, рвотой и сведением затылка. После падения температуры обнаружился паралич верхних и нижних конечностей. 2 лет стал говорить, явления паралича ослабели, но стали отмечаться большая голова, ожирение. По росту ниже своего возраста, обхват черепа 59 см; чрезмерное развитие подкожного жира на животе и в области груди, недоразвитие половых частей. Походка спастическая, ходит с чужой помощью. В верхних конечностях тремор, патологические рефлексы с обеих сторон (Бабинский и Оппенгейм). Коленные рефлексы повышены, ахилловы отсутствуют, речь не расстроена. Вассерман в крови и цереброспинальной жидкости отрицательный. Рентген показал уплощенное расширенное турецкое седло. Интеллектуальный уровень несколько понижен, память плохая, внимание неустойчивое. Общая отсталость все же невелика — на 1½ года. В пределах конкретного — мышление правильное; очень обстоятелен, обычно спокоен, добродушен, доступен, общителен, терпелив, несколько апатичен; временами состояние несколько ухудшается, б-ной делается вялым, остается в постели и мочится под себя. Такие приступы длятся 3—4 дня. Катамнез. В 1926 г. состояние изменилось в том отношении, что больной резко возмужал, появились вторичные половые признаки, стал сексуален. Остальные симптомы без особых перемен. Диагноз: внутренняя головная водянка и связанная с ней олигофрения степени дебильности. Дистрофические расстройства и замедление, а затем ускорение полового развития должны быть отнесены на поражение гипофиза, вызванное давлением жидкости.

ГЛАВА VIII.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С ОСТРЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ.

Инфекции несомненно одна из частых и важных причин расстройства деятельности центральной нервной системы. Это положение особенно может быть подчеркнуто по отношению к детям, так как их незакончивший своего развития мозг особенно неустойчив по отношению к инфекционным факторам.

Взаимоотношение инфекций и психических расстройств довольно сложно и разнообразно. Прежде всего нужно иметь в виду, что не всегда психоз, развившийся после инфекции, находится с последней в настоящей причинной связи. Бывает нередко, что инфекция явилась лишь поводом, толчком для обнаружения болезни, имеющей иные причины, иногда давно уже подготавливавшейся и лишь ускорившей свое выявление благодаря соматическому заболеванию. Будучи лишь провоцирующим агентом, инфекция не накладывает в таких случаях своего отпечатка на

развивающийся психоз, который и обнаруживает лишь свойственные ему симптомы. Психоз и без инфекции выявился бы рано или поздно, он мог бы быть вызван и другими поводами. Так, приступы шизофрении иногда вызываются инфекцией, иногда травмой, соматической или психической, а еще чаще развиваются без заметных внешних поводов. Ясно, что случайно выявленная инфекцией шизофрения имеет лишь свойственные этой болезни признаки, течение, исход и анатомическую основу, не зависящие от особенностей провоцировавшей заболевание инфекции.

Указанные выше случаи конечно не должны быть относимы к инфекционным психозам, которые по существу связаны с инфекцией и не имели бы вовсе места, если бы не инфекция.

Инфекционные психические расстройства не единообразны, среди них можно различить несколько принципиально различных групп.

В этом отношении имеет значение наличие острой или хронической инфекции и самое главное — это то обстоятельство, имеет ли инфекция непосредственную мозговую локализацию.

Симптоматические психические изменения (лихорадочный бред) развиваются во время действия инфекций и зависят от изменений омывающей мозг крови, изменений, связанных с повышенной температурой и циркуляцией бактериальных токсинов. Бред, галлюцинации, затемнение сознания, дезориентировка в окружающем — слишком хорошо известные явления, развивающиеся почти у всех больных тяжелой инфекцией вроде брюшного, сыпного или возвратного тифов. Как только инфекция проходит и падает температура, сходят на-нет и соответствующие психические явления. Доброкачественное течение таких психозов зависит от того, что в неосложненных случаях инфекция не поражает мозга непосредственно, мозг лишь вовлекается в страдание вследствие изменений свойств крови как один из органов больного организма. Анатомически наблюдаются изменения нервных клеток в виде их мутного набухания, тигролиза, причем повидимому эти изменения настолько неглубоки, что в случае выздоровления клетки возвращаются к норме и никаких последствий такое заболевание в дальнейшем не влечет.

Экзогенные типы реакции.

Под экзогенными типами реакции (Бонгефера) следует подразумевать болезненные психические расстройства, развивающиеся непосредственно после перенесенной инфекции и являющиеся следствием истощения нервной системы в результате действия токсинов и вообще ненормального питания мозговой ткани. Типы реакций почти не зависят от особенностей инфекции, так как в этих случаях не имеется сколько-нибудь заметного непосредственного поражения мозговой ткани инфекционным агентом; и здесь, как при симптоматических психозах, мозг только вовлекается в страдание как составная часть заболевшего организма. Относящиеся к этой категории душевные расстройства бывают довольно разнообразны по своей картине в зависимости от развития бреда, галлюцинаций, состояния возбуждения, расстройств сознания и пр.,

но все же возможно выделить две основных формы, а именно: острую спутанность и послеинфекционную психическую слабость.

Острая спутанность, или аменция, описанная еще Мейнертом, в прежнее время понималась более широко, охватывая не только послеинфекционные психозы, но и сходные состояния, представляющие проявления других болезней (шизофрении, маниакально-депрессивного психоза). В настоящее время понятие об аменции сужено; к ней относят исключительно заболевания на почве истощения в связи с тяжелыми инфекциями и вообще соматическими заболеваниями. Аменция характеризуется развитием спутанности, сопровождающейся иллюзиями, галлюцинациями и двигательным возбуждением. Болезнь обыкновенно начинается бессонницей; больные беспокойны, боязливы, растеряны, неясно воспринимают окружающее; им все кажется странным, изменившимся. В дальнейшем беспокойство усиливается, больные вскакивают, куда-то стремятся, много и бессвязно говорят, у них появляются обманы чувств, нередко устрашающего характера (зрительные, слуховые, обонятельные), нестойкий и бессистемный бред преследования, бред величия и т. п.; речь приобретает иногда совершенно разорванный характер, больные выкрикивают отдельные слова без видимой связи. Ориентировка в окружающем нарушается; больные думают, что они находятся на небесах или в аду, на кладбище, в подземелье и т. п. Настроение то повышенное, то плаксивое; бывают приступы страха, гнева; в других случаях, напротив, преобладают подавленное настроение, тревога. Вследствие недостаточного сна, часто плохого аппетита, а также двигательного возбуждения больные резко худеют.

Через 2—3 недели болезнь достигает кульминационного пункта, затем больные постепенно становятся спокойнее, временами к ним возвращается сознание; после ряда колебаний через один-два-три месяца после начала болезни больные выздоравливают без всякого дефекта. Воспоминания о времени болезни обыкновенно бывают недостаточными (частичная амнезия). Лишь изредка во время болезни наблюдаются случаи смерти от истощения.

Дифференциальный диагноз главным образом приходится проводить в смысле разграничения аменции от случаев шизофрении и маниакально-депрессивного психоза, которые могут так же, как сказано было выше, развиваться случайно после инфекции. Наличие истощающего момента, благоприятное течение болезни и исход в полное выздоровление при отсутствии стойких шизофренических симптомов позволяют разграничить аменцию от раннего слабоумия. Труднее иногда дифференцировать аменцию от маниакально-депрессивного психоза, при котором также возможны состояния спутанности; здесь точный анализ всех особенностей данного случая, связь с истощающим моментом дают возможность правильно поставить диагноз.

Состояние послеинфекционной психической слабости. Эта форма инфекционного психоза, характеризующаяся общим временным ослаблением психических функций, может считаться проявлением угнетения психических центров в противоположность их возбуждению, наблюдающемуся при аменции. Состояние психической слабости после инфекции иногда устанавливается не сразу,

а после более или менее короткого аментивного возбуждения, чем еще более подчеркивается родство обоих заболеваний по существу и возможность переходных форм. Состояние психической слабости является следствием нарушения инфекцией жизнедеятельности не только центральной нервной системы, но и всего организма; в частности несомненно доказанные в настоящее время изменения вегетативной нервной системы во время тяжелых инфекций должны считаться одной из причин той функциональной недостаточности организма, которая наблюдается в таких случаях. Питание больных резко понижено, они прежде всего крайне слабы физически, вялы, апатичны, больше лежат в постели, временами очень капризны и раздражительны. Сон и аппетит плохие; иногда приступы страха, особенно по ночам. Память резко ослаблена; кажется, что больные потеряли все свои школьные знания и навыки; внимание их крайне неустойчиво, больные ни на чем не могут сосредоточиться, необщительны и неразговорчивы. Вообще утомляемость чрезвычайно резко выражена. Иногда наблюдаются эпизодические галлюцинации и бредовые идеи неприятного содержания: дети высказывают мысли, что их убьют, отравят, что родители их умерли и т. п. В более тяжелых случаях больные лежат почти неподвижно, едва в состоянии говорить, бывают неопрятны под себя, не в состоянии есть самостоятельно и т. п. Такие состояния продолжаются обычно несколько недель, иногда месяцев и заканчиваются постепенно выздоровлением. Психические силы, запас знаний, работоспособность восстанавливаются параллельно с улучшением общего соматического состояния. Все же и после выздоровления долго еще могут наблюдаться некоторая болезненная слабость ребенка, быстрая его утомляемость и пониженная работоспособность.

Распознавание послеинфекционной психической слабости главным образом должно состоять в том, чтобы исключить возможность других психических заболеваний, для которых, как сказано выше, инфекция могла быть толчком. Определенная зависимость от соматического фактора и все течение болезни обыкновенно дают возможность правильно поставить диагноз. От состояния нервного истощения в связи с переутомлением (неврастения) послеинфекционная слабость отличается большей резкостью всех симптомов, которые не так легко уступают покою и отдыху, как это бывает при неврастении.

Лечение послеинфекционной слабости заключается в отдыхе, покое, хорошем питании и тщательном уходе. И после выздоровления требуется длительный отдых от учебной и всякой другой работы.

В некоторых случаях состояния послеинфекционной психической слабости не оканчиваются выздоровлением. Не говоря уже о возможности смертельного исхода в связи с общим истощением, наблюдается иногда развитие окончательного хронического слабоумия. Больные навсегда остаются забывчивыми, ко всему равнодушными, апатичными и неработоспособными; в лучшем случае их удается приохотить к какому-нибудь несложному легкому труду. Если в благоприятно закончившихся случаях мы имеем дело с восстановлением нервной ткани, лишь нерезко измененной инфекцией,

то в неизлечимых случаях дело очевидно идет о более тяжелых поражениях, исключающих возможность полного восстановления. Состояния психической слабости, заканчивающиеся слабоумием и наблюдающиеся после наиболее тяжелых инфекций (например после сыпного тифа), представляют уже форму, выходящую за пределы простых типов реакций, описываемых в этой главе; они являются следствием не только интоксикации, связанной с общим инфекционным поражением организма, но и непосредственного изменения инфекцией мозгового вещества. В благоприятных случаях анатомическим субстратом являются нерезкие изменения нервных клеток, способные к восстановлению (распыление тигроидной субстанции, мутное набухание); в случаях стойкого слабоумия находят мелкие энцефалитические гнезда, гибель нервных клеток, разрастание глии — явления, дающие более или менее распространенные стойкие запустения мозговой коры. Таким образом случаи послеинфекционной слабости, заканчивающиеся стойким слабоумием, являются переходными к следующей группе послеинфекционных заболеваний, основанных на грубых изменениях мозгового вещества.

Изменения характера в связи с острыми тяжелыми инфекциями.

На изменения характера, дающие формы, похожие на конституциональные психопатии, было главным образом обращено внимание при изучении эпидемического энцефалита. На соответствующих случаях мы остановимся в своем месте. Здесь мы лишь отметим, что и после тяжелых острых инфекций отмечены аналогичные изменения характера: так, нами они описаны после сыпного тифа (сл. 12), другими авторами после скарлатины и малярии; при этом, как и в случаях эпидемического энцефалита, психические отклонения этого типа после острых и тяжелых инфекций наблюдаются почти исключительно в детском возрасте. Все эти наблюдения показывают, что состояния, близкие к психопатиям, могут иногда зависеть от экзогенных факторов — обстоятельство очень важное в смысле распознавания.

С л у ч а й, 12. Б-ной Б., 15½ лет, патологическая наследственность отрицается, мальчик в детстве был здоров, развивался правильно, опрятен в постели с 2 лет. После смерти родителей находится в приюте. 4 года назад перенес сыпной тиф. После того начал постепенно ухудшаться характер: стал груб, циничен, развращает других детей, часто возбуждается, агрессивен, перестал учиться, неряшлив; появилось ночное недержание мочи; когда его будят, грубо сопротивляется, ругается. Помещен в клинику 2/XII 1924 г. как „морально дефективный“. Рост и вес соответствуют возрасту, мимика вялая, зрачки неравномерны, реакция живая; лицо асимметричное, правая носогубная складка сглажена. Повышение механической возбудимости мышц и сухожильных рефлексов. Сознание ясное, на вопросы отвечает охотно, кататонических явлений, аутизма и пр. не отмечается. Аффекты живые, крайне раздражителен, груб, циничен, неопрятен, ночное недержание мочи. Переведен в психиатрическое учреждение для подростков.

Психические расстройства после острых инфекций с непосредственной мозговой локализацией.

Непосредственные поражения мозга и его оболочек во время тяжелых острых инфекций, протекая при высокой температуре, являются осложнениями, влекущими за собой стойкие изменения

центральной нервной системы в виде рубцов, запустений, иногда кист на месте разрушенной ткани. Получаются грубые очаги, являющиеся причиной выпадения или изменения мозговых функций в зависимости от локализации поражения (детские параличи, поражения речи, слабоумие, припадки). Остатки бывших острых процессов, *residua*, рубцы могут также вызывать раздражения соседних участков мозга, вследствие чего наблюдаются гиперкинезы в виде атетоза, хореатических движений, дрожания и других видов непроизвольных двигательных расстройств, а также судорожные явления. Последние могут выражаться или в настоящих эпилептических припадках с общими судорогами и потерей сознания или же в так называемой джексоновой эпилепсии, при которой наблюдаются судороги лишь одной какой-либо части тела, причем сознание не теряется. Если инфекция дала поражение мозга в очень раннем возрасте или даже во время внутриутробной жизни, то наблюдается задержка развития, дающая олигофрению, о чем была речь в соответствующей главе. При поражении в более позднем, но все же детском возрасте, на первом плане выпадение уже развившихся функций, потеря тех или иных нервно-психических достижений и навыков, приобретенных ребенком до болезни, явления слабоумия как следствие разрушения уже достигшего известной степени развития мозга. Однако само собой разумеется, что дети даже школьного возраста все еще не закончили своего развития и поэтому при инфекционных поражениях мозга даже в этом возрасте к явлениям выпадения (наблюдающимся в аналогичных случаях и у взрослых) присоединяются явления частичного недоразвития. Об этой особенности поражения детского мозга мы уже говорили и с ней мы постоянно будем встречаться при дальнейшем изложении. В острой стадии инфекционные поражения мозга и его оболочек протекают с повышенной температурой, которая зависит от самого мозгового поражения в противоположность лихорадочному бреду, при котором температура связана с поражением других органов или же с общей инфекционной интоксикацией. Переходим к описанию отдельных форм.

Острый гнойный менингит сопровождается резкими явлениями: бредовая спутанность, беспокойство с галлюцинациями при высокой температуре, сильные головные боли, повышение болевой чувствительности, рвота, ригидность затылка; нередко присоединяются эпилептиформные судорожные припадки, подергивания в отдельных мускульных группах, явления джексоновой эпилепсии, симптомы со стороны черепных нервов, ускорение или замедление пульса, расстройство равновесия, симптом Кернига и пр. В отдельных случаях наблюдаются параличи и парезы, застойный сосок зрительного нерва. В цереброспинальной жидкости отмечается резкое увеличение числа клеточных элементов (лимфоцитов и полиморфноядерных лейкоцитов), увеличение общего количества белка и глобулинов.

Патогенез гнойных менингитов бывает различен. В некоторых случаях мы имеем осложнение какой-либо общей инфекции: тифа, рожи, инфлюэнцы, дифтерии и пр., в других — заболевания являются последствием поражения среднего уха, полости носа. Наконец в более редких случаях менингит может быть как бы

самостоятельной болезнью, следствием первичного поражения оболочек при эпидемическом цереброспинальном менингите (с которым см. ниже) и при травмах черепа с непосредственным загрязнением оболочек. Течение очень бурное и быстрое. Иногда через несколько часов или дней после начала болезни наступает смертельный исход; в редких случаях болезнь тянется несколько недель. Злокачественность течения до известной степени зависит от возбудителя менингита; современные методы лечения понизили во всяком случае смертность от этой болезни с 80 до 20—30%. В случае, если больной остается в живых, возможно полное выздоровление, однако остатки процесса в виде утолщения мозговой оболочки нередко являются основой для последовательных хронических симптомов — парезов, эпилептиформных припадков, общего упадка психической деятельности.

Распознавание основывается на резком увеличении числа клеток в цереброспинальной жидкости с большим количеством полиморфноядерных лейкоцитов, на наличии бактериального возбудителя, на констатировании симптомов раздражения оболочек (ригидность затылка, повышенная чувствительность и пр.). От абсцесса мозга менингит отличается наличием более резких симптомов раздражения и более высокой лихорадкой.

Патологическая анатомия: помутнение и утолщение мягкой мозговой оболочки, сращение ее с поверхностью мозга; в оболочках обнаруживается масса клеточных элементов (преимущественно лейкоцитов) и бактерий. Вещество мозга обычно сравнительно мало изменено, но местами в поверхностных слоях отмечается гибель нервных клеток и разрастание глии. Обычно также увеличено кровенаполнение мозговых сосудов. В случаях старых, давно протекших менингитов обнаруживаются фиброзное утолщение оболочек и мелкие частичные запустения в поверхностных слоях коры. Патологоанатомически, как и клинически, картина изменений оказывается не зависящей от свойства инфекции.

Лечение является в настоящее время далеко не безнадежным. Если известен возбудитель, то полезно применение соответствующей сыворотки; показано также внутривенное впрыскивание колларгола или электраргола. Далее в случаях, когда исходным пунктом заболевания являются ухо, нос или же травматическое повреждение черепа, требуется местное хирургическое лечение, удаление гноя, осколков кости и пр. Полезны повторные люмбальные пункции с целью удаления цереброспинальной жидкости и понижения внутричерепного давления; применяются также трепанация и промывание оболочек физиологическим раствором поваренной соли и даже дезинфицирующими жидкостями, но этот способ лечения недостаточно проверен. Повидимому лучше действует вдывание посредством люмбальной пункции обеззараженного воздуха или кислорода; в случаях, когда последствия протекшего менингита сказываются припадками и прочими явлениями раздражения коры, иногда бывает показано хирургическое удаление рубцов и утолщений. Далее при менингите показаны постельное содержание, покой, ванны, холод на голову, кровопускания (пиявки), при сильных болях морфий, при резком беспокойстве морфий со скополамином.

Исключительное значение по частоте заболевания имеет особая форма гнойного менингита — **эпидемический цереброспинальный менингит**, обусловленный специфическим микробом (менингококком Вексельбаума) и обладающий контагиозностью. Протекая по типу гнойных менингитов иного происхождения, эпидемический менингит, сравнительно очень частый в детском возрасте, имеет следующие отличия: он развивается очень остро, внезапным высоким подъемом температуры с быстрым развитием менингитических симптомов и без предшествующих инфекционных заболеваний, при отсутствии гнойных очагов (в ухе и пр.) Характерны для этой формы herpes на губах (появляется на 5—6-й день) и иногда высыпания на коже. Обнаружение специфического возбудителя в спинномозговой жидкости окончательно устанавливает диагноз. Эпидемический менингит в общем дает лучший прогноз, чем другие виды гнойных менингитов. Во многих случаях наступает полное выздоровление, но конечно возможны и здесь стойкие последствия протекшего процесса. Лечение помимо мер, указанных для гнойных менингитов, — применение специальной сыворотки (введение в позвоночный канал 15—30 см³); впрочем относительно действительности сыворотки существуют разногласия. Применяется также уротропин (внутривенно 1,0—2,0 см³ 40% раствора ежедневно).

Серозный менингит также может явиться последствием различных инфекций; при этом увеличивается количество цереброспинальной жидкости вследствие воспалительного раздражения plexus chorioideus и эпендимы. По своим симптомам серозный менингит в общем близок к только что описанному гнойному менингиту, но отличается менее бурным и обычно более длительным течением и особенно частыми расстройствами зрения. В цереброспинальной жидкости увеличено количество лимфоцитов, но не полиморфно-ядерных лейкоцитов, как при гнойном менингите. Болезнь часто заканчивается смертью; в случаях, если больной выживает, возможно полное выздоровление, нередко же последствием являются гидроцефалия, стойкое ослабление зрения и задержка развития (после серозного менингита, перенесенного в раннем детстве). Лечение сводится к повторным люмбальным пункциям и надрезу мозолистого тела.

Острые энцефалиты развиваются также в связи с разнообразными инфекциями; при этом, как и менингиты, энцефалиты по своим проявлениям больше зависят от места и распространения поражения, чем от свойств возбудителя. Энцефалиты протекают при повышенной температуре (однако обычно не столь высокой, как менингиты), с головными болями, рвотой, беспокойством, бредом; больные дезориентированы, куда-то стремятся; наблюдаются состояния страха и пр. Очень часты эпилептиформные припадки, иногда параличи и парезы. Сухожильные рефлексы вначале бывают понижены, затем повышены, причем наблюдаются клonus стопы, симптом Бабинского и другие патологические рефлексы. Даже при отсутствии параличей больные обычно не могут держаться на ногах; нередко наблюдается расстройство речи, иногда выраженная афазия. Длительность болезни от нескольких дней до нескольких месяцев. В последнем случае бывают колебания в течении болезни. Энцефалиты часто заканчиваются смертью. В случае, если

больной выживает, возможно почти полное выздоровление; в других случаях остаются те или иные очаговые симптомы, зависящие от локализации процесса. Энцефалиты развиваются часто уже в течение той или иной тяжелой инфекции, и тогда они покрываются, так сказать, общими явлениями основной болезни, течение которой представляется лишь особенно тяжелым. В случаях, когда энцефалит присоединяется к инфекционной болезни, которая сама по себе протекает обычно не со столь тяжелыми симптомами (грипп, корь и пр.), явления энцефалита доминируют в картине заболевания и имеют как бы самостоятельные симптомы и течение. Из таких острых энцефалитов с самостоятельным течением в особенности следует упомянуть о так называемом остром бреде (*delirium acutum*). Под названием острого бреда подразумеваются тяжелые, быстро протекающие заболевания, которые нередко бывают проявлением других болезней (например прогрессивного паралича), но могут также развиваться и в связи с острыми инфекциями; при этом основная болезнь — плеврит, ангина, грипп — может быть сама по себе очень легкой. Острый бред проявляется бессонницей, резким возбуждением, спутанностью, повышением температуры; больные дезориентированы, бредят, галлюцинируют; возбуждение носит насильственный характер, нередко подергивания. Болезнь часто заканчивается смертью. Происхождение острого бреда по видимому связано с острым внедрением возбудителей в мозговую ткань. Это может зависеть главным образом от препсихотической инвалидности мозга; часто острый бред развивается во время инфекции у субъектов с сифилитическим поражением сосудов, благодаря которому облегчается проникновение возбудителей в мозговую ткань (Гуревич). Патологоанатомически при энцефалитах наблюдаются резкое размножение глии, которая иногда располагается узелками (при сыпном тифе), гибель нервных клеток, инфильтрация сосудов лимфоцитами, иногда с примесью плазматических клеток, разрастание элементов сосудистых стенок, размножение сосудов, накопление продуктов распада. Острый энцефалит дает разрушения, неспособные к восстановлению. На месте процесса образовывается рубец частью из элементов глии, частью из мезодермы. Величина и распространенность таких заустений коры сказывается в большей или меньшей функциональной недостаточности мозга.

Абсцесс мозга образуется в связи с инфекцией и обычно в результате нагноения в других органах, например в ухе. Возбудителем могут служить разнообразные бактерии — стафилококки, стрептококки, тифозные бациллы и пр. В отличие от менингита и энцефалита абсцесс может вначале не сопровождаться бурными симптомами; небольшие повышения температуры, общая разбитость, головные боли могут продолжаться неделями и месяцами, причем диагноз остается все время неясным; в других случаях сразу же устанавливается тяжелое состояние с судорожными припадками, расстройством сознания, застойным соском и пр. В дальнейшем абсцесс может прорваться в сторону желудочков или оболочек и дать бурные явления; иногда впрочем происходит инкапсуляция абсцесса, который вследствие этого долго не проявляется резкими симптомами, однако всегда остается опасность распространения гнойника. Конечно здесь многое зависит от места абсцесса. Рас-

познавание абсцесса, его точная локализация очень важны, так как единственным рациональным способом лечения является своевременная хирургическая операция — удаление гноя.

Особенности психозов при различных острых инфекциях.

Хотя острые инфекции, как уже указывалось нами, дают типы мозговой реакции и даже местные поражения, по своим проявлениям почти независимые от свойств возбудителя и следовательно в общем единообразные при разных основных болезнях, однако это положение требует некоторых оговорок. Особенности инфекций, различная сила их токсичности, неодинаковая склонность к непосредственному поражению нервной системы, различная длительность заболеваний и пр. создают неодинаковые условия для развития психических уклонений. Поэтому необходимо краткое рассмотрение важнейших острых инфекционных болезней с точки зрения частоты и особенностей развивающихся в связи с ними психозов.

Брюшной тиф. Эта болезнь часто сопровождается психическими расстройствами; помимо обычного лихорадочного бреда на высоте болезни при тифе часто наблюдается инициальный бред еще до повышения температуры, что указывает на особую токсичность инфекции. Обыкновенно случаи тифа с инициальным бредом (часто маниакального характера) бывают очень тяжелыми и в 50—60% заканчиваются смертью. Часто при тифе бывает также и резидуальный бред, а также бред коллапса. Нередко развиваются после тифа аменция и послеинфекционное состояние слабости. Во всяком случае выздоровление после тифа обычно бывает медленным и сопровождается более или менее выраженным состоянием психической слабости. Тяжесть психозов при тифе зависит от того, что при этой инфекции бывают значительно выражены поражения нервных клеток и изменения глии, а в некоторых случаях и менингиты, при этом не всегда возможно полное восстановление, вследствие чего иногда наблюдаются стойкие состояния исходного слабоумия.

При сыпном тифе психические изменения бывают еще чаще, чем при брюшном. В начале болезни нередко маниакальные состояния, затем пышный бред с очень сложными переживаниями, фантастическими путешествиями, катастрофами, при ярких галлюцинациях и иллюзиях. Очень часты мучительные шумы в ушах. После падения температуры при сыпном тифе также обычен резидуальный бред, а в дальнейшем развитие аментивных состояний; нередко менингиты и связанные с диффузными энцефалитами симптомы очаговых выпадений, в частности афазия. При этой болезни наблюдаются довольно часто непосредственные поражения мозга в виде энцефалитических очагов, узелков, образующихся в результате скопления глии и лимфоцитов, большей частью вокруг сосудов. Глиозные узелки располагаются во втором-пятом слоях коры, а иногда и в стволовой части мозга (поражение продолговатого мозга может быть смертельным ввиду имеющихся там центров, важных для жизни). В случае выздоровления эти энцефалитические очажки дают запустения, которые и являются причиной того нередко наблюдаемого факта, что перенесшие тиф становятся менее способными, более слабыми психически

людьми, чем были до заболевания. В тяжелых случаях возможно и более значительное стойкое слабоумие.

При возвратном тифе обычны бурный лихорадочный и коллапсный бред, нередко менингеальные явления. Зато энцефалиты бывают редко, и соответственно с этим менее обычны последствия в виде стойких дефектов психики.

При паратифе психические расстройства сравнительно редки.

Очень часты психические изменения при воспалении легких; они проявляются в виде довольно бурного лихорадочного бреда; далее довольно обычны менингиты, бред коллапса и психозы типа острого бреда. Вообще воспалению легких более свойственны острые формы психических расстройств, реже последовательные хронические изменения.

Рож а. Бурные психические изменения часто развиваются в связи с рожей, что отчасти зависит от свойственных этой болезни высоких температур.

При оспе часто наблюдаются состояния эпилептиформного возбуждения (Бонгефер). Аментивные состояния могут продолжаться после оспы месяцами и обычно заканчиваются выздоровлением. Наблюдаются также менингиты и энцефалиты с последующими стойкими изменениями.

Повидимому после оспы часты стойкие изменения характера с склонностью к аффективным вспышкам (при наличии резких колебаний вазомоториума), злобностью, проявлениями антисоциальности.

При скарлатине в начале болезни обычно наблюдается бурный лихорадочный бред с резким возбуждением, которое длится несколько дней. Важно иметь в виду, что, с одной стороны, частые заболевания уха могут привести к менингиту и абсцессу мозга, с другой стороны, заболевания почек могут дать уремические явления. Нередки также энцефалиты в связи с скарлатиной.

При кори психические изменения менее резки, но в общем соответствуют тем, которые наблюдаются при скарлатине.

В частности нередко энцефалиты с последующими стойкими изменениями.

В связи с коклюшем у детей также описывались депрессивные состояния и менингиты.

При дифтерии нередко изменения периферических нервов, а также грубые мозговые поражения (менингиты, абсцессы); обычный же лихорадочный инфекционный бред сравнительно редкое явление при этой болезни.

Для гриппа характерно то обстоятельство, что при нем реже инфекционный лихорадочный бред и чаще послеинфекционные заболевания в виде аменции и состояний слабости; наблюдаются также тяжелые энцефалиты с последующими стойкими общими и очаговыми симптомами.

При суставном ревматизме инфекционные психозы сравнительно нередки; лихорадочный бред отличается бурным течением, часто с эпилептиформными состояниями возбуждения и спутанности, иногда с судорогами и подергиваниями; при этом нередко резкая гипертермия, опасная для жизни больного (повышение температуры до 42°); наблюдаются также менингиты. После падения

температуры иногда развивается состояние аменции, часто со ступорозными симптомами.

При пиемических и септицемических процессах обычны делириозные состояния — вначале в течение нескольких дней — с резким возбуждением; в дальнейшем больные становятся спокойными, преобладает оглушение; болезнь часто оканчивается смертью. Сюда относятся такие заболевания как гангрена легких, злокачественные ангины, флегмоны, абсцессы и пр. В таких случаях возможно развитие абсцессов и в мозгу.

При малярии психозы проявляются в виде галлюцинаторного бреда, эпилептиформных состояний возбуждения, острой спутанности и пр. Возможно также развитие в связи с малярией хронических изменений характера, стойкого слабоумия (на почве малярийного менинго-энцефалита). В случае хронической малярийной кахексии также наблюдаются психические изменения в виде забывчивости, рассеянности, повышенной утомляемости, состояний депрессий; возможно и развитие психозов истощения в виде аменции или психической слабости.

Особняком среди других острых инфекций нужно поставить бешенство (lyssa), своеобразные симптомы которого связаны также и с особенностями локализации. Болезнь начинается через 2—10 недель после заражения (а иногда значительно позднее — через год и более) и проявляется сначала головной болью, повышенной чувствительностью на внешние раздражения, сухостью во рту, сильной жаждой, спазмами глотания. Вместе с тем развиваются состояния страха, галлюцинации, бредовые идеи; в дальнейшем больные приходят в состояние сильного возбуждения, наступают параличи, главным образом ног, судороги, расстройства речи. В таком состоянии больные погибают через несколько дней после начала острых явлений.

Патологоанатомически находят при бешенстве резко выраженную гиперемию мозга и его оболочек, мелкие кровоизлияния. Микроскопически отмечаются воспалительные и дегенеративные изменения. В частности наблюдается воспалительная инфильтрация сосудов лимфоцитами и плазматическими клетками. Далее при бешенстве описаны так называемые узелки Бабеса (Babès), состоящие из глиозных клеток с примесью мезодермальных элементов и лимфоцитов. Кроме того находят (не всегда) тельца Негри в виде палочковидных или овальных образований, расположенных в плазме нервных клеток (главным образом в аммониевом роге, реже в мозжечке, коре большого мозга и спинном мозгу). В спинном мозгу наблюдаются миелиты (чаще в поясничной области), чем объясняются параплегии. Вообще при бешенстве наиболее резкие воспалительные изменения находят в среднем мозгу (особенно в subst. nigra), в аммониевом роге, продолговатом и спинном мозгу, кора же обычно свободна от воспалительных изменений. Дегенеративные изменения представляются независимыми от воспалительных, они более диффузны (как следствие обшей интоксикации) и констатируются преимущественно в коре. Лечение развившихся явлений бешенства совершенно безнадежно и единственной мерой против этой болезни являются профилактические пастеровские прививки, которые следует производить всем укушенным подозрительными животными и притом как можно скорее. Частота этой страшной болезни в некоторых странах является

печальным последствием недостаточности соответствующих профилактических мероприятий (в Германии в настоящее время бешенство почти совершенно отсутствует). Необходимо самое строгое упорядочение содержания собак и уничтожение бродячих собак (главного источника заразы) и широкое осведомление населения о сущности бешенства и о мерах предупреждения путем своевременных прививок.

ГЛАВА IX.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В СВЯЗИ С ПОДОСТРЫМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ С НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ МОЗГОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ.

Подострые и хронически протекающие инфекции, непосредственно поражающие мозговое вещество, вызывают прогрессивные психические изменения, зависящие не только от места поражения, но и от характера самого процесса. Если при острых инфекциях мы имеем дело с быстро протекающим разрушением мозгового вещества и последующим стойким рубцом, то в таких случаях самый характер инфекций отступает на второй план: и в острой стадии и при последующих резидуальных явлениях ступшеваются специфические свойства болезнетворного агента, и его особенности ни клинически, ни даже патологоанатомически не дают обычно опорных пунктов для точного диагноза на основании одних лишь мозговых явлений; энцефалиты и их *residua*—рубцы, кисты и пр.—после кори, скарлатины, гриппа, тифов и т. д. не специфичны, они так же сходны между собой, как сходны и реакции на все эти острые инфекции в тех случаях, когда мозг ими непосредственно не поражается.

Иное дело при подостро и хронически развивающихся инфекционных поражениях мозга. Здесь мы видим не быстрые разрушения с последующим рубцеванием и стационарным состоянием, а прогрессирующе развивающиеся изменения в мозгу, постепенно нарастающие процессы, сохраняющие специфические черты данной инфекции. Правда, и при этих инфекционных процессах бывают явления общего порядка, зависящие не от качества инфекции, а от ее локализации, а равно и неспецифические реакции, но в таких случаях все же особенности инфекции, ее специфичность настолько выступают на первый план, что не может быть и речи об общем описании относящихся сюда заболеваний, как это имело место по поводу острых инфекций.

Различия этиологии сказываются в различиях начала, течения, исхода и патологической анатомии. Даже в смысле локализации несомненно имеются излюбленные места поражения, свойственные той или иной инфекции, вследствие чего и симптоматология в типичных случаях представляется более или менее специфической для того или иного вида инфекции.

Сказанным достаточно объясняется необходимость отдельного описания следующих инфекционных мозговых заболеваний: инфекционной хореи, эпидемического энцефалита, сифилиса мозга и прогрессивного паралича.

Инфекционная хорея (хорея Сиденгама, chorea minor, пляска святого Витта).

До недавнего времени патогенез и локализация этой распространенной детской болезни были совершенно неизвестны. В настоящее время можно считать доказанным, что хорея зависит от инфекции, возбудитель которой не найден, и что инфекция поражает подкорковые узлы, где образуются воспалительные инфильтраты (Альцгеймер). Очень частая связь хореи с суставным ревматизмом и соответствующими заболеваниями сердечных клапанов заставляют предполагать, что быть может и хорея и суставный ревматизм обязаны своим происхождением одному и тому же инфекционному началу. Другие моменты, нередко отмечаемые как имеющие значение в этиологии хореи (психические травмы, переутомление, испуг и т. п.), конечно должны быть признаны второстепенными и оцениваемыми лишь как внешние поводы, ослабляющие организм и способствующие заболеванию. Повидимому имеют значение и наследственное предрасположение и общее состояние организма. Большей частью заболевают дети от 5 до 15 лет, нежного телосложения, анемичные и легко возбудимые. Девочки заболевают значительно чаще (раза в 3), чем мальчики. Помимо общей соматической слабости и неустойчивости по последним данным (Керер, Осипова) преморбидные конституциональные особенности хореиков сводятся к неполноценности сердечно-сосудистой системы, к лабильности вегетативного аппарата, к раздражительной слабости нервной системы; среди заболевающих хореей преобладают дети с астеническим телосложением и соответственными особенностями моторики (в смысле относительной экстрапиримидной недостаточности) и характера (интраверированный тип). Бесспорно наличие наследственного отягощения в виде невротического предрасположения и соматической слабости родителей. Гутман нашел, что в семьях хореиков часты заболевания с разного рода двигательными расстройствами (кататоническими, эпилептиформными, истерическими и пр.)

Главным симптомом хореи является наличие непроизвольных движений, так называемых хореатических, от которых болезнь получила свое название. Эти непроизвольные движения нарушают координацию, они усиливаются при волнении и волевых напряжениях, ослабевают при покое и почти отсутствуют во время сна. Наряду с этими двигательными расстройствами при хореи постоянно наблюдаются и изменения психики, выражающиеся в неровном настроении, плаксивости, большой утомляемости и нестойкости внимания; иногда наблюдаются вспышки более резких аффектов — гнева и страха. Наконец в редких случаях развиваются резко выраженные психозы в форме депрессивных и маниакальных состояний или же галлюцинаторной спутанности.

Хорея развивается в большинстве случаев исподволь. Замечаются раздражительность и быстрая утомляемость, т. е. как бы невротические симптомы; расстройство движений сказывается в неровном письме, кляксах, неловкости в ручных работах и т. п. и оценивается нередко окружающими как баловство и неряшливость. В дальнейшем двигательное беспокойство и психические явления

усиливаются и становятся явно для всех болезненными. Grimасы, движения в пальцах, подергивания головой, подпрыгивания и т. п. резко нарушают целесообразные движения и придают своеобразный вид больному. В дальнейшем ребенок почти не может есть самостоятельно, с трудом берет в руки чашку, проливает ее, не успевая донести до рта, и т. п. Резко расстраивается походка, нарушается речь вследствие произвольных движений языка. В тяжелых случаях больной становится совершенно беспомощным, не может ходить, говорить, его кормят из рук, наблюдается полная „анархия“ всех движений, расстраиваются даже глотание и дыхание вследствие двигательных расстройств в соответствующих мускульных группах; наблюдаются изредка преходящие парезы конечностей. Затруднения в приеме пищи и постоянное двигательное беспокойство при иногда повышенной температуре могут совершенно истощить больного и привести к смертельному исходу. К счастью в большинстве случаев наблюдаются не столь тяжелые формы и дело заканчивается выздоровлением через 1—2—3 месяца после начала заболевания. Дольше всего держатся хореатические движения в пальцах и лицевой мускулатуре, т. е. там, где обнаруживаются и первые признаки заболевания. Нужно отметить, что хорея имеет склонность рецидивировать, вследствие чего в этом отношении прогноз требует осторожности. Далее следует иметь в виду возможность развития после хореи, как после всякой инфекции, реактивных состояний в виде послеинфекционной психической слабости.

Иногда после хореи остается слабость двигательной системы, выражающаяся в лишних движениях, особенно при утомлении (Гутман) и в ухудшении тех признаков экстрапирамидной недостаточности, которые у таких детей наблюдаются еще до заболевания хореей (Осипова).

Дифференциальный диагноз хореи обычно не представляет затруднений; главным образом приходится иметь в виду возможность симптоматической хореи при других мозговых заболеваниях, но при этом в симптомах и течении болезни обычно имеется достаточно опорных пунктов для распознавания.

При лечении хореи важно соблюдение отдыха и покоя в физическом и психическом смысле и применение салициловых и мышьяковых препаратов, которые повидимому действуют до некоторой степени специфически на инфекцию и кроме того (мышьяк) укрепляюще.

В настоящее время применяется также с хорошим успехом лечение поливалентной вакциной (10 впрыскиваний по 0,1—0,8) в комбинации с вливаниями в вену 40% уротропина по 0,5—1,0 (тоже 10 раз). Все лечение занимает приблизительно 40 дней. Этот метод лечения, проверенный в нашей клинике, особенно показан в затяжных случаях с склонностью к рецидивам, когда проведенный курс мышьякового лечения не дает улучшения.

Возможность послеинфекционной психической слабости, а также рецидивов заставляет быть очень осторожными: и после окончания болезни необходимо длительное освобождение от занятий и укрепляющий режим.

Случай 13. Б-ная Х., 7½ лет, поступила 26/V 1926 г. Отец умер от туберкулеза, был нервным, раздражительным. По линии отца — туберкулез, рак. Мать умер-

на от испанки. Девочка нервная, живая, общительная. В марте сего года какая-то инфекция, после которой ослабела, стала вялой. В мае стали отмечать расстройство движений. Астеническое телосложение, по росту соответствует возрасту, кожа тонкая. Первый тон у верхушки сердца нечистый. Непроизвольные движения в лице и конечностях, речь затруднена, активные движения беспорядочны, ходить не может из-за лишних движений, стояние также невозможно, расстроены жевание и глотание; правые конечности паретичны. Сухожильные рефлексы ослаблены, особенно справа, кожные—живые. Температура повышена — 38° с десятыми. Девочка угнетена, часто плачет, очень обидчива, капризна, боится оставаться одна. Спит беспокойно, часто просыпается и плачет. При всем том общительна, приветлива. Быстро ориентируется в обстановке, всем интересуется. Назначен мышьяк. С 15/VI состояние улучшается, гиперкинезов меньше. С 3/VII ходит самостоятельно. 6/VII почти все болезненные явления прошли. Вместе с улучшением двигательных симптомов резко улучшилось также и психическое состояние; бодрa, весела, общительна. 3/VIII выписана здоровой. Диагноз: хорей.

Случай 14. Б-ная, Ч. 11 лет, поступила 24/IV 1926 г. Патологическая наследственность отрицается, развивалась правильно. Училась хорошо, по характеру живая, веселая, впечатлительная. Недель 5 назад стали отмечаться двигательная неловкость, торопливость. Девочка стала нервной, нетерпеливой, слишком чувствительной. Появились беспорядочные движения в конечностях и лице; болезненные явления все нарастали. Status. Рост, вес, питание удовлетворительны, телосложение астеническое, во внутренних органах ничего особенного. Излишние движения хореатического характера в лице и конечностях, речь затруднена, походка расстроена, активные движения сопровождаются подергиваниями, особенно слева. Сухожильные рефлексы повышены, температура нормальна. Беспокойна, раздражительна, на уход родителей реагирует криком и плачем, ломает руки. Упряма, капризна, плаксива. Спит тревожно, жалуется на боли в суставах. Улучшение гиперкинезов сопровождается улучшением психического состояния. Становится спокойной. Выписана здоровой. Диагноз: хорей.

Эпидемический энцефалит.

Среди инфекций, имеющих прямую мозговую локализацию, очень важное место занял изученный лишь за последнее десятилетие эпидемический (или летаргический) энцефалит. Патогенез болезни впрочем до сих пор не вполне ясен; то обстоятельство, что эпидемический энцефалит обычно развивается в связи с гриппом, давало повод предполагать его гриппозное происхождение. Однако эта гипотеза не оправдалась, и в настоящее время считают, что эпидемический энцефалит зависит от особого инфекционного начала, микроб которого еще не известен, грипп же лишь открывает, так сказать, дорогу этой последовательной инфекции, облегчает ей доступ в мозговую ткань. Возможно, что такую же провоцирующую роль помимо гриппа могут играть и другие острые инфекции.

Острая стадия. После продромальных явлений (головокружение, быстрая утомляемость, боли в мышцах и общая разбитость) развивается обычно при повышенной температуре (не очень высокой — 38 — 39°) делириозное состояние, очень сходное с тем, что бывает и при других инфекциях; однако здесь сразу же обычно проявляется ряд симптомов, указывающих на прямое поражение мозга — явления со стороны глазных мышц (двоение в глазах, косоглазие), гиперкинезы в виде хореатических и атетозных движений и пр.; двигательное беспокойство и бессонница первых дней переходят затем обычно в сонливость, которая тянется в течение нескольких недель; больные спят днем и ночью, засыпая в любом положении и просыпаясь лишь на короткое время. Сонливость в дальнейшем может заменить лишь длительной и весьма упорной бессонницей, не уступающей никаким средствам. Наконец очень часто бывает извращение времени

сна — больные спят днем и страдают бессонницей ночью. Бывают случаи, когда сонливости вовсе не наблюдается, но вообще расстройство сна в том или ином виде — явление постоянное при эпидемическом энцефалите. При бессоннице обычно ночное беспокойство, очень характерное для энцефалитиков; при ясном сознании и отсутствии каких-либо галлюцинаторных и бредовых явлений больные находятся в постоянном движении, перекладывают вещи с места на место, производят движения руками, дотрагиваясь до разных частей тела и пр. По внешности движения могут казаться как бы целесообразными, очень похожими на суетливое укладывание вещей или устройство постели, в действительности же никакой целесообразности в этом двигательном возбуждении нет, больные сами не в состоянии объяснить, зачем они производят все эти движения и несомненно, что эти движения имеют характер насильственный (Beschäftigungsdelirium).

Помимо явлений со стороны глазных мышц (нарушения аккомодации, двоение в глазах, птоз и пр.) также наблюдаются парезы лицевого нерва, мимическая неподвижность, ригидность, изменения двигательной сферы (о которых речь будет подробнее при описании хронических явлений); далее вегетативные расстройства — особенно в виде резкого слюноотечения (слюна иногда течет струей), увеличения отделения сала (очень характерное для энцефалитиков сальное лицо); пирамидные симптомы обычно отсутствуют. Нередко наблюдаются также эпилептиформные припадки. В цереброспинальной жидкости находят изменения в виде увеличения числа клеток, а также количества белка. Иногда болезнь осложняется развитием острой спутанности или психической слабости, как после всякой инфекции.

После острого периода болезни, продолжающегося обычно несколько недель, начинается сразу же хроническая стадия или же наступает улучшение и как бы полное выздоровление; однако в настоящее время мы знаем, что это выздоровление очень непрочное, часто болезнь возвращается, наступает хроническая стадия, по своим проявлениям представляющая особый интерес. Нужно иметь в виду, что в виде исключения хроническая стадия болезни может наступить и без предварительной острой стадии, иными словами заболевание эпидемического энцефалита может начинаться постепенно, исподволь.

Вообще следует заметить, что в первые годы после появления эпидемического энцефалита психиатрические наблюдения могли касаться лишь острых расстройств, которые, как мы видели, в общем укладываются в рамки обычных экзогенных типов реакции в смысле Бонгефера, но с указанными выше неврологическими симптомами и характерными расстройствами сна.

В дальнейшем стали накапливаться данные, касающиеся и хронических проявлений эпидемического энцефалита с соответствующими психическими расстройствами.

Хроническая стадия болезни может непосредственно наступать вслед за острой, изредка же может, как упоминалось, начинаться без предварительных острых явлений, но чаще всего она начинается по истечении нескольких месяцев, а иногда лет, после перенесенного острого энцефалита; в течение всего этого времени состояние здоровья остается удовлетворительным. При этом ни

в данных наследственности, ни в особенностях течения болезни в острой стадии нельзя найти сколько-нибудь ясных указаний в смысле predisposing значения тех или других факторов для развития хронических явлений эпидемического энцефалита.

Симптоматологию хронического энцефалита мы начнем с описания и анализа его отдельных проявлений.

1. Расстройство сна является довольно постоянным симптомом, но не столь обязательным, как при острой стадии. Во всяком случае изменения сна наблюдаются не менее, чем в половине случаев, при этом наиболее обычно расстройство ритма сна, затруднение засыпания, плохой сон ночью, сонливость днем. Бывают также расстройства в виде простой сонливости или бессонницы.

2. Расстройства со стороны глаз в хронической стадии также гораздо менее постоянное явление, чем в острой стадии. В большинстве случаев все же имеются те или иные изменения в виде вялости зрачковой реакции, иногда диплопии, неравномерности зрачков, нистагмических подергиваний, неустойчивости глазных яблок при конвергенции (*Konvergenzparese*); наблюдается также непроизвольное закатывание глазных яблок кверху и иногда атрофия зрительного нерва. Далее часто наблюдается редкое мигание, иногда учащенное, и блефароспазм. Очень частое расширение глазных щелей при редком мигании придает особенно характерный вид больным. В некоторых случаях впрочем наблюдается сужение глазных щелей вследствие птоза; очень часто повышение назопальпебрального рефлекса (быстрое закрытие глазных щелей при постукивании молоточком по переносице).

3. Расстройства иннервации лица также очень часты и выражаются обычно в неравномерности, иногда слабости верхней ветви лицевого нерва, причем больной не может поднять бровей кверху, и в отклонении языка в сторону.

4. Экстрапирамидные симптомы представляются наиболее частым и эксквизитным явлением при хроническом энцефалите; в более выраженных случаях эти симптомы складываются в так называемый паркинсонизм, так как получается картина, напоминающая болезнь Паркинсона (вследствие общности локализации — поражения экстрапирамидных систем). Сюда относятся следующие симптомы: уменьшение или полное отсутствие автоматических, выразительных и ассоциированных движений, амимия, гипертонии, характерные расстройства походки (походка куклы без ассоциированных движений в руках), своеобразное полусогнутое положение тела, каталептоподобные явления, резкое замедление движений (брадикинезия), остановки, замедления и ускорения движений, очень характерное дрожание, главным образом в пальцах рук, как при дрожательном параличе, пульсии (чаще в виде ретропульсии, когда больного как бы тянет назад), иногда в виде пропульсий или же латеропульсий. Встречаются также припадки несомненно экстрапирамидного характера, обыкновенно без потери сознания (сл. 20). Во время припадков усиливаются все экстрапирамидные расстройства (двигательная адиамазия, дрожание, гипертонии), а также саливация. Эти припадки нужно отличать от эпилептиформных, которые бывают в начале болезни и ничем не отличаются от припадков, развивающихся на почве других интоксикаций и инфекций.

5. Расстройства речи очень частое явление. Обычны монотонность, замедление, иногда ускорение; довольно нередкое явление — эксплозивность речи (сл. 21), когда слова как бы прорываются через препятствие, иногда наблюдается своеобразная гнусавость вследствие пареза п. X. Наконец довольно нередко наблюдается истощаемость речевого аппарата, причем больной в течение известного промежутка времени почти не в состоянии говорить; в очень редких случаях (наше наблюдение) бывает полный, очень длительный мутизм.

6. Далее отмечаются расстройства дыхания, очень тягостные для больных; причем одышка наблюдается в виде приступов, больной дышит с трудом, проявляет двигательное беспокойство, усиливаются явления паркинсонизма и саливация (сл. 22). Довольно обычное явление также расстройства глотания и жевания, которые следует считать зависящими частью от бульбарных, частью от стриальных поражений.

7. Пирамидные расстройства — явление редкое, но все же иногда наблюдаемое (симптомы Бабинского, Оппенгейма и пр.).

8. Сензорные расстройства выражаются в центральных болях, по видимому таламического происхождения, не уступающих обычным болеутоляющим средствам, а также в парестезиях (в виде например постоянных неприятных ощущений в носу, заставляющих больного непрерывно ковырять и ведущих к значительному беспокойству — сл. 18).

9. Вегетативные изменения и расстройства обмена веществ — чрезвычайно распространенное явление не только в острых, но и хронических стадиях эпидемического энцефалита. Сюда относятся: уже указанная выше саливация, сальное лицо, потливость; далее повышенная жажда, ускорение пульса, изменения температуры. Наконец к этой категории явлений нужно отнести ожирение и отчасти повышение сексуальности резко чувственного характера со стремлением прижиматься, ласкаться и т. п.; последние явления почти исключительно наблюдаются у детей и подростков. Исследования симпатико- и ваготонии обычно не дают ясных результатов; часто отмечалось повышение тонуса обеих систем (*état amphotonique*). Вассерман в крови иногда обнаруживается несмотря на отсутствие каких-либо указаний на сифилис.

10. Со стороны психической следует отметить: почти полное отсутствие рецепторных и интеллектуальных расстройств в собственном смысле слова; больные в состоянии воспринимать раздражения окружающего мира; их формальные способности, относящиеся к интеллекту и памяти, не расстраиваются, слабоумие в собственном смысле слова не наступает. Конечно при длительном течении болезни и нарушении обычных условий жизни, невозможности учиться и пр. у ребенка наступает известная отсталость сравнительно со сверстниками, как и в связи с любым хроническим даже не мозговым заболеванием; лишь в более редких случаях, вероятно в связи с особенностями локализации, наступает более или менее резко выраженное слабоумие. Психические явления у энцефалитиков выражаются главным образом в виде понижения активности и инициативы, психической адинамии, апатии, что обыкновенно бывает связано с акинезией или брадикинезией и вообще с явлениями паркинсонизма. Эти явления носят еще название брадифрениии благодаря

той резкой медленности психических процессов, которая свойственна таким больным.

В других случаях, и это особенно часто бывает у детей и подростков, наблюдаются изменения характера, напоминающие психопатию, причем вместо психической адинамии наблюдаются возбуждение, суетливость и пр. В дальнейшем мы подробнее остановимся на этих состояниях.

Из вышеприведенного перечисления симптомов хронического эпидемического энцефалита видно, насколько разнообразны и сложны явления при этой болезни. Все они однако могут быть разделены на две большие группы: 1) симптомы, которые достигают наивысшего своего напряжения в остром периоде болезни, в хронической же стадии представляются как *residua*, остатки острых явлений; сюда относятся расстройства сна, явления со стороны черепных нервов, особенно глазных и отчасти вегетативные расстройства; 2) симптомы, свойственные преимущественно, если не исключительно, хронической стадии болезни: это паркинсонизм, обычно связанный с психической адинамией и иногда сенсорными расстройствами, и изменения характера.

Обе группы различаются между собой несомненно и в смысле локализационном: первая связана с поражением среднего мозга (*mesencephalon*) и отчасти ниже, причем изменения сна зависят в частности от поражения серого вещества на дне третьего желудочка; вторая группа связана с поражением, во всяком случае выше *mesencephalon*. Паркинсонизм зависит от поражения экстрапирамидной системы; что же касается психических изменений, то о их предположительной локализации будет речь ниже. Очевидно энцефалит поражает сначала в острой стадии *mesencephalon* и лишь впоследствии распространяется на вышележащие части мозга. Далее следует заметить, что симптомы первой группы более постоянны, более общи для всех случаев, симптомы же второй группы неодинаково свойственны всем заболеваниям; очевидно мезэнцефалитическая локализация более постоянна и определена, дальнейшее же распространение процесса имеет больше вариаций.

Из сказанного ясно, что для выделения из общей массы постэнцефалитических заболеваний обособленных форм следует пользоваться преимущественно второй группой симптомов, свойственных именно хронической стадии болезни и представляющих, так сказать, известные вариации. При всем разнообразии симптомов мы выделяем две основных формы постэнцефалитических расстройств, к которым могут быть отнесены большинство описанных в литературе случаев, а именно: 1) форму адинамическую и 2) форму гипердинамическую.

Изредка встречающиеся атипичные случаи зависят от необычной локализации процесса; таковы случаи, напоминающие вильсоновский синдром, множественный склероз, случаи с кортикальным поражением зрения, с галлюцинациями, с резкой дементностью, с эпилептиформными припадками и пр. Мы здесь оставим в стороне эти атипичные заболевания, могущие быть при хроническом энцефалите, как и при всякой другой болезни, сопровождающейся очаговыми разрушениями, и остановимся подробнее лишь на вышеуказанных основных формах хронического эпидемического энцефалита

Адинамическая форма. Эта форма эпидемического энцефалита связана как правило с паркинсонизмом, встречается преимущественно у взрослых, но также и у детей (сл. 17, 20, 21). Она следовательно характеризуется: 1) наличием паркинсонизма и 2) со стороны психики — адинамией, ослаблением импульсов к деятельности, слабостью при нерасстроенном интеллекте. Паркинсонизм неодинаково выражен во всех случаях; нет прямой зависимости между степенью неврологических и психических расстройств. Явления паркинсонизма в некоторых случаях сглаживаются, в других носят прогрессирующий характер, причем не всегда наблюдается соответствующее улучшение или ухудшение психических симптомов.

В более легких случаях мы наблюдаем почти полноценные личности; явления со стороны психики напоминают невроз. Имеются лишь слабо выраженная адинамика, поражение высшей части эффекторных функций, понижение психической активности, слабость инициативы. При всем сходстве с неврозом очевидны основные различия. Здесь нет свойственного неврозам благоприятного течения и зависимости от внешних условий. При энцефалите мы имеем стойкое органическое поражение определенного звена психических механизмов.

В других случаях мы наблюдаем гораздо более резкие явления. Основной симптом психической адинамии становится как бы более распространенным, наблюдаются замедления психоэффекторных функций (брадифрения), соответствующие замедлению двигательных актов, состояние апатии, каталептоидные явления, эмоциональная малоподвижность и пр. Здесь мы имеем известные элементы сходства постэнцефалитических расстройств с шизофреническими. Однако дифференциальный диагноз от шизофрении не представляет затруднений: при энцефалитических расстройствах нет настоящего аутизма и связанного с ним негативизма; больные доступны, они обыкновенно внушаемы, при недостатке собственной активности они легко заражаются, так сказать, чужой волей (*Fremdanregbarkeit*); далее нет расщепления в аффективной и интеллектуальной сферах, нет бреда, галлюцинаций; нет характерных особенностей шизофренического мышления; иными словами, при энцефалите остается способность к правильному мышлению, нет ассоциативных расстройств (характерно, что даже в случаях с замедленной речью больные про себя читают с обычной скоростью). Остается потенциальная сохранность эмоциональности, поражается же главным образом активная психомоторная сфера (*catatonie lucide* *Hesnard'a*), между тем как при шизофрении расстройства захватывают и другие функции. Наконец для последней нехарактерны грубые неврологические симптомы, обычно наблюдающиеся и в хронических формах энцефалита.

Чтобы понять сущность постэнцефалитических состояний психической слабости, следует рассматривать психические явления в связи с неврологическими. При этом помимо изменений со стороны зрачков, иннервации лицевых мышц и пр. бросается в глаза прежде всего специфическая двигательная недостаточность — брадикинетический симптомокомплекс: замедление движений, быстрая утомляемость, остановки и заминки движений вследствие недостаточности моторного импульса, акинетические

припадки и падения, когда субъект падает вследствие недостатка автоматизмов.

Эти явления отличаются от мозжечковых расстройств: равно-весия отсутствием атаксии, а также тем, что волевое подстегивание улучшает походку. Столь же ясно и отличие от пирамидных расстройств; не говоря уже об отсутствии соответствующих патологических рефлексов, при брадикинезии — лишь количественная недостаточность: субъект может все сделать, даже тонкую работу, но он утомляется и количественно мало успевает.

В психическом отношении обнаруживается аналогичная недостаточность: простой разговор, чтение про себя, как и все простые умственные операции, почти не расстроены (отличие от шизофрении); акты же, требующие известного напряжения, усилия внимания и воли, страдают особенно сильно и влекут за собой быструю утомляемость. Таким образом и с психической и с моторной сторон расстройство активных функций является основным, сочетаясь в то же время обычно и с эмоциональной малоподвижностью.

Мы не можем согласиться с Гауптманом (Hauptmann), по которому психическая адинамия (Mangel an Antrieb) собственно не существует сама по себе: психическая активность будто бы имеется у больного, но не может проявиться из-за поражения стриопаллидарной системы. Если бы это было так, то имелся бы известный параллелизм между тяжестью стриопаллидарного поражения (паркинсонизма) и психической адинамией, а этого в действительности нет; мы нередко имеем адинамию при отсутствии стриальных поражений и не только при эпидемическом энцефалите, но и при других болезнях, например при поражении лобных долей (Фейхтвангер—Feuchtwanger), и наоборот, отсутствие психической адинамии при целом ряде стриопаллидарных поражений (сюда относится случай Гинзена (Hinsen) с резким паркинсонизмом и отсутствием адинамии).

Несколько особняком стоит вопрос об изменениях речи у наших больных. Замедление речи наблюдается лишь в более тяжелых случаях в явной связи со степенью психической адинамии; обычно больные сами не вступают в разговор и активно его не поддерживают, но на вопросы всегда отвечают короткими фразами. В общем изменения речи не идут в полном соответствии с другими двигательными расстройствами и часто наблюдается контраст между сравнительно быстрой речью (иногда ускоряющейся во время разговора) и крайней медленностью прочих движений. Иногда речь настолько ускоряется, что делается мало разборчивой; при этом нередко она носит эксплозивный характер, что связано с расстройством регуляции воздуха (tachiphémie paroxystique французских авторов). Расстройства темпа речи в смысле ускорения или замедления вероятно зависят от изменения striati, регулирующего положение вероятно зависят от изменения striati, регулирующего положение. Штерцу (Sterz) распределение движений во времени; Якоб (Jacob) констатировал аналогичное изменение речи также при люэтическом паркинсонизме повидимому в зависимости от той же стриальной локализации. Изменения темпа речи аналогичны изменениям темпа походки.

Итак, разнообразные расстройства, наблюдаемые при адинамической форме хронического эпидемического энцефалита, в общем сводятся к психоэффекторной недостаточности, причем в одних

случаях она ограничивается абулией и явлениями, напоминающими невроз, в других, более тяжелых, принимает характер брадифренический (апатически-абулический), причем присоединяются и эмоциональные изменения, имеющие близкое отношение к моториуму. Что же касается рецепторных и интрапсихических (интеллектуально-мнестических) функций, то они оказываются неизменными или же нарушаются лишь вторично при более тяжелых расстройствах активных функций. Мы видим таким образом, что состояния постэнцефалитической психической слабости, объединяемые как психоэффекторная адинамия, распадаются на два подвида, различающиеся лишь степенью поражения.

Изменения характера (гипердинамическая форма). Изменения характера после эпидемического энцефалита описаны почти исключительно у детей и подростков. Правда, имеются указания у некоторых авторов на изменения характера и у взрослых; до известной степени и мы на основании некоторых наблюдений можем подтвердить этот факт, но у взрослых во всяком случае изменения характера не так эксквизитны, не доходят обычно до степени, напоминающей психопатические состояния, и уж во всяком случае не доминируют в картине болезни. Напротив, у детей изменения характера нередко являются единственным явлением постэнцефалитического расстройства, обычно не сопровождаются паркинсонизмом и по своей эксквизитности и стойкости представляют очень серьезное явление. Действительно из наших наблюдений, касающихся детей и подростков, резкие изменения характера имелись в большинстве случаев и сравнительно реже (сл. 18) мы видели свойственные взрослым паркинсоникам апатию и вялость, причем эти случаи частью относились к подросткам, занимающим в смысле постэнцефалитических расстройств несомненно промежуточное положение между детьми и взрослыми (сл. 17).

Из встречающихся у детей изменений характера наибольшее внимание авторов было обращено до сих пор на случаи с моральными уклонениями — анэтический симптомокомплекс, тип апаша (arache type). Действительно эти случаи наиболее резки и тяжелы для окружающих (сл. 15); антисоциальные наклонности таких детей (воровство, бродяжничество, злобность, жестокость, сексуальная агрессивность) при большой подвижности и активности очень сближают их с врожденным moral insanity. Однако этой формой далеко не исчерпываются изменения характера после энцефалита, на что впервые было нами обращено внимание еще в 1923 г., когда только начали еще появляться наблюдения над постэнцефалитическими изменениями характера у детей. Наряду с анэтическим симптомокомплексом мы тогда выделили еще дистимический (сл. 16), выражающийся в плохом настроении, плаксивости, жалобах, пристаиваниях в связи с подвижностью и активностью (навязчиво повышенное стремление к общению — Mitteilungsdrang Герстмана (Gerstmann), также обратившего внимание на эти особенности детей после энцефалита). Имеющийся в настоящее время в нашем распоряжении материал показывает, что дистимический симптомокомплекс бывает не реже, если не чаще, чем анэтический.

Очень близки к этой форме случаи, когда при отсутствии анэтических черт постоянное беспокойство, назойливость, пристава-

ние связаны не с плохим, а с хорошим, повышенным настроением. Эту форму мы называем гипертимическим симптомокомплексом (сл. 19, 21).

Несмотря на известные особенности, все вышеочерченные разновидности изменений характера имеют общие основные черты, заключающиеся в преимущественном расстройстве эмоционально-волевой деятельности, а именно:

1) психомоторное возбуждение, повышенная активность (Uebermass an Antrieb);

2) относительная незначительность резидуальных неврологических симптомов (за исключением некоторых подростков);

3) отсутствие поражения рецепторной сферы и материала психики — интеллекта и памяти;

4) поражение структуры психики — характера, выражающееся в нарушении равновесия между влечениями и эмоциями, имеющими отношение к ядру личности, и требованиями, предъявляемыми внешним миром. В результате наблюдается болезненно измененная реакция на внешние раздражения, выражающаяся неправильным поведением, антисоциальными поступками, враждебным отношением ко всему окружающему — в одних случаях, навязчивостью, плачем и т. п. — в других;

5) наряду с характером изменяется и темперамент, связанный с биотонусом. Экзогенные длительные расстройства темперамента — явление вообще очень редкое, но оно бывает именно при эпидемическом энцефалите, на что мы находим указание у Эвальда (Ewald).

Таким образом все три встречающиеся у детей симптомокомплексы — анэтический, дистимический и гипертимический — несомненно должны считаться лишь разновидностями постэнцефалитических изменений характера, в основе которых лежит расстройство приблизительно одних и тех же психических механизмов и которые мы объединяем под названием гипердинамической формы постэнцефалитических расстройств. Эта форма имеет огромное теоретическое значение: экзогенно возникающие психопатоподобные состояния с анатомическим субстратом, доступным определению, дают право рассчитывать на возможность раскрытия механизмов, аналогичных по симптомам эндогенных психопатий — этой наиболее темной области психопатологии. Что же касается большого практического значения постэнцефалитических изменений характера у детей, то оно не требует разъяснений; в социальном отношении они представляют самый тяжелый и повидимому самый безнадежный элемент, с которым постоянно приходится иметь дело Комонесу. Наши случаи достаточно иллюстрируют этот факт.

Если мы сопоставим теперь две основных формы постэнцефалитического расстройства, адинамическую и гипердинамическую, то констатируем нечто общее, связывающее и эти столь непохожие по внешности одна на другую формы. Это общее заключается в отсутствии расстройств рецепторных и интеллектуальных и в наличии эффекторных поражений с вариациями в сторону угнетения (1-я форма) или возбуждения (2-я форма). Аналогичное заключение делает Герстман относительно идентичности основ Mangel an Antrieb и Uebermass an Antrieb. Таким образом вся сложность проявлений постэнцефалитических расстройств сводится

к определенным осевым изменениям, в которых проявляется данный болезненный процесс.

Течение хронического энцефалита длительное, с ремиссиями и ухудшениями — особенно при адинамических формах с паркинсонизмом; гипердинамические формы текут более однообразно.

Прогноз весьма неутешителен, даже в случаях улучшения можно всегда ожидать возврата болезненных явлений. При этом адинамическая форма в более тяжелых случаях дает полную инвалидность, требует ухода и призрения; в некоторых случаях наблюдается резко выраженный маразм, который приводит к смерти. Изменения характера у детей, отличаясь большим упорством, чрезвычайно тяжелы в общежитии и являются настоящим бичом для окружающих. Так как эпидемический энцефалит стал наблюдаться только недавно, то у нас нет достаточно наблюдений, чтобы судить о том, каков дальнейший исход изменений характера у детей. В литературе имеются лишь скудные данные, указывающие на то, что в дальнейшем такие дети все же несколько выравниваются; как будто и наши наблюдения в некоторых случаях отчасти это подтверждают.

Дифференциальный диагноз в выраженных случаях энцефалита не представляет затруднений благодаря обилию и своеобразной комбинации симптомов при этой болезни. В острой стадии однако при недостаточно резко выраженной сонливости нередко его смешивают с другими инфекциями, чего можно было бы в большинстве случаев избежать при достаточном неврологическом исследовании. Особенно трудно в некоторых случаях разграничение эпидемического энцефалита от гриппозного, который может дать аналогичную локализацию, но отличается в дальнейшем по течению (не дает свойственных эпидемическому энцефалиту хронических расстройств) и патологической анатомии. В хронической стадии наличие паркинсонизма делает диагноз нетрудным. О разграничении от кататонии мы уже упоминали; от настоящей болезни Паркинсона (встречающейся лишь в пожилом возрасте) у детей дифференцировать не приходится. При атипических случаях хронического эпидемического энцефалита (с припадками, слабоумием и пр.) возможны затруднения и смешения с другими тяжелыми мозговыми заболеваниями. Изменения характера у детей даже при недостаточном анамнезе можно все же отличить от конституциональных психопатий и по психической картине и благодаря наличию резидуальных неврологических явлений.

Лечение эпидемического энцефалита и в частности его хронической формы, несмотря на многочисленные попытки (скополамин, уротропин, сыворотки и пр.), дает пока мало утешительные результаты. В последнее время как будто получены удовлетворительные результаты при лечении большими дозами атропина и гармином.

Патологическая анатомия и вопросы локализации. Патологическая анатомия эпидемического энцефалита в острой и хронической стадиях сводится к воспалительным изменениям в продолговатом, среднем мозгу и подкорковых узлах. В частности особенно часто бывает поражена при хронических формах substantia nigra, затем striatum, также thalamus. В коре в типичных случаях изменений нет; впрочем за последнее время описаны случаи с поражением коры лобных долей. Воспалительные изменения вы-

ражаются в инфильтрации вокруг сосудов с преобладанием плазматических клеток; воспалительным поражениям сопутствуют дегенеративные изменения нервных клеток; при этом в острой стадии преобладают воспалительные, в хронической — дегенеративные изменения. Патологоанатомическая картина в общем сходна с прогрессивным параличом и главное отличие — в смысле локализации (при прогрессивном параличе преимущественно корковое поражение); в случаях же атипических, когда эпидемический энцефалит дает также корковое поражение, некоторыми авторами указывалось на очень большие затруднения в смысле анатомического разграничения от прогрессивного паралича, которому впрочем свойственны более резкие нарушения архитектоники, большая диффузность процесса и наконец нахождение спирохет.

Общность основных расстройств психики при хроническом энцефалите дает основание для постановки вопроса об однообразной локализации изменений.

Мы здесь не будем останавливаться на локализации невропатологических расстройств: изменение сна, парезы черепных нервов и пр.; все проявления паркинсонизма с вегетативными расстройствами зависят от поражения *mesencephalon*, *striati*, *substantiae nigrae* и связанных с ними ядер и систем. Для такой локализации имеется в настоящее время достаточно указаний со стороны патологической анатомии. Гораздо труднее и менее обоснован анатомически вопрос о локализации психических изменений после энцефалита.

Герстман и Шильдер считают, что основным симптом постэнцефалитического расстройства — адинамия (и гипердинамия) — *Mangel (und Uebermass) an Antrieb* — объясняется поражением *striati*: импульсы к мышлению не реализуются, так как *striatum* является фактором энергии, определяющим течение размышлений, решений и пр.

Конечно нельзя отрицать влияния на психическую деятельность вызываемого поражением *striati* выпадения автоматического компонента, необходимого для экономии движений; такое выпадение влечет за собой необходимость для больного тратить внимание на движения, которые в норме автоматичны, загруженность же моторными актами лишает больного возможности обращать внимание на внешние события, в результате чего создается искусственная отчужденность от внешнего мира. Однако при всей несомненности связи психики с моторикой нет достаточных оснований для того, чтобы целиком объяснить психические изменения поражением стриопаллидарной системы, как это думают Gerstmann и Schilder. Этому противоречат клинические данные, показывающие, что нет полного соответствия и параллелизма между психическими и двигательными расстройствами при паркинсонизме и что психические изменения — адинамии — могут быть даже при полном отсутствии стриальных поражений.

Гораздо больше оснований имеет предположение о значении для психики *thalami*, связанного с корой двойными путями фугально и петально и являющегося действительно местом скопления энергии, идущей к нему по сенсорным путям от организма и внешнего мира. Эмоции, аффекты, вообще эргии повидимому определенно связаны с *thalamus*. Об этом имеются указания у ряда авторов, но особенно подробно обосновывает значение *thalami* в данном отношении Кюпперс (Küppers). Последний определенно ставит в зависимость от таламического поражения изменения характера после энцефалита у детей (несколько раньше то же предположение было высказано и нами), а равно и эмоциональное отупение, наблюдаемое при брадифрении. Если принять во внимание несомненную связь эмоций с эффекторной деятельностью (с волей, с моторикой) и вспомнить, что при эпидемическом энцефалите мы имеем дело именно с эмоциональными и волевыми расстройствами, то станет вполне вероятным предположение о поражении *thalami* тем более, что этот орган находится в районе обычных изменений при энцефалите, причем в некоторых случаях находили в нем и патологоанатомические данные. С поражением *thalami* несомненно связаны и боли центрального происхождения, наблюдаемые после энцефалита. Таким образом вероятно, что при хроническом энцефалите процесс от *mesencephalon* надвигается на *striatum*, давая симптомы паркинсонизма, и на *thalamus*, давая нарушение фронто-

таламических механизмов, — или в сторону адинамии и апатии (Mangel an Antrieb) или в сторону раздражения (Uebermass an Antrieb), беспокойства (у детей). Поражение обоих подкорковых узлов может быть одновременным или же протекает отдельно: нередко отмечаемое поражение фронтальной коры лишь подкрепляет изложенную теорию. В общем получается концепция, объединяющая все типические формы постэнцефалитических расстройств, но конечно требующая более точных патологоанатомических обоснований.

Для иллюстрации приведем несколько случаев хронического эпидемического энцефалита у детей.

С л у ч а й 15. П. Р., мальчик 7 лет. Со стороны отца имеются в роду алкоголики, со стороны матери — алкоголики и психопаты; мать нервная с навязчивыми идеями и фобиями. Ребенок родился в срок, развивался нормально, по характеру ничем не отличался от других детей; опрятен в постели с 2 лет.

6 лет заболевание с высокой температурой, три дня спал, не просыпаясь; глаза были закатившиеся, наполовину открыты. На четвертый день проснулся, глаза были в том же положении, плохо понимал, молчал. Только через месяц поправился и сразу же обнаружились изменения характера. Стал мучить животных, брать чужое, убивал домашнюю птицу, ругался и дрался со всеми, с кем приходил в соприкосновение, избивал младшего брата. Вместе с тем обнаружилось стремление обнимать и близко прикасаться к детям и женщинам, последних старался хватать за грудь. Потерял ощущение сытости, голода, наедался до боли в животе, до рвоты. Помещен в клинику 23/XII 1922 г.

Вес и рост соответствуют норме. Рот перекошен вправо. Мимика соответствует переживаниям, часто злобное выражение лица. Зрачки неравномерны — правый шире, эксцентричны; реакция живая. Сухожильные рефлексy нормальны, конъюнктивальный и носовой отсутствуют, глоточный исследовать не дал. Патологические рефлексy отсутствуют. Ночное недержание мочи. Сознателен, ориентирован, хорошо понимает чужую речь, обладает большим запасом слов, правильно строит фразы. Очень подвижен, внимание сосредоточивает с трудом, вследствие чего крайне затруднено психологическое его исследование и даже простой разговор. При всяком соприкосновении с окружающими обнаруживает озлобленность и стремление причинить вред, цинично ругается. Детей обижает без всякого повода, часто совершенно неожиданно. У персонала старается что-нибудь выпросить, при отказе ложится на пол, старается ударить ногой, ругается, передразнивает, показывает язык. Портит вещи. По Бинэ отсталость всего на один год. За время пребывания в клинике особых перемен не было: лишь незначительно удалось его дисциплинировать. Выписан в мае 1923 г.

С л у ч а й 16. Н. К., девочка 10 лет. Патологическая наследственность отрицается. Девочка родилась в срок, развивалась правильно, была толковой и понятливой, хорошего характера. Каких-либо странностей в поведении, капризов, плаксивости не замечалось. Учиться начала с 7 лет — успешно. Внезапно заболела в ноябре 1920 г.; была повышенная температура; девочка впала в бессознательное состояние, кричала, стремилась бежать, через три дня уснула и не просыпалась две недели. Через две недели проснулась, но повышенная сонливость продолжалась еще несколько недель. В общем проболела 6 недель. Некоторое время было двоение в глазах. После болезни характер изменился до неузнаваемости: стала капризна, раздражительна, плаксива. В течение почти всего дня не переставала плакать по ничтожным поводам. С детьми играть не могла, все казалось, что ее обижают, уходила от них со слезами. Часто жаловалась на головные боли. К родителям проявляла большую привязанность. Попытка отдать в школу в 1921 г. окончилась неудачей, девочка была рассеяна, отставала от других, всем надоедала своим постоянным плачем; пришлось взять из школы. В августе 1922 г. снова стала ходить в школу, как будто с большим успехом, но характер оставался все тот же: капризы, плач, приставания; отмечена также эротичность, старается прижиматься к мальчикам. Поступила в клинику 23/III 1923 г. Худенькая, бледная девочка. Выражение лица однообразно грустное, мимика стереотипна; неравномерная иннервация лица, язык уклоняется в сторону, зрачки неправильной формы, левый шире, реакция живая. Сухожильные рефлексy не расстроены. Сознание ясное. Признает, что много плачет, не знает почему. Внимание неустойчивое, быстро утомляется; интеллектуальная отсталость незначительная (года на 1½ по Бинэ) и может быть объяснена педагогической запущенностью. Память не расстроена. Любознательна, есть стремление учиться; очень много плачет без достаточного повода; соприкасаясь с детьми, расстраивается и плачет при малейшем противоречии; к персоналу пристаёт с разными просьбами, униженно просит защитить ее, не дать в обиду. Доступна, охотно вступает в разговор. Движения ловкие и грациозные. За время пребывания в клинике в течение двух месяцев особых перемен не было. Девочку мы видели затем в марте

1925 г.; стала несколько спокойнее, но все же часто плачет, пристаёт и т. п. Учится, но плохо.

С л у ч а й 17. Больная Е., 17 лет. Поступила 31/XII 1923 г. Патологическая наследственность отрицается, развивалась правильно, училась хорошо, была трудолюбива, общительна, с ровным спокойным характером. В январе 1923 г. 5 дней бессонница, затем в продолжение двух недель резкая сонливость при повышенной температуре; поправилась и была будто бы вполне здорова до февраля 1922 г., когда появились головные боли, вялость, апатия, медленность движений. С начала 1923 года дрожание в левой руке, в апреле — июне двоение в глазах, осенью того же года появилось дрожание в левой ноге, затем в правой, а с декабря и в правой руке. Status. Лицо маскообразное, редко мигает, незначительный strabismus divergens anisocoria. Реакция зрачков живая, ходит медленно, без ассоциированных движений, руки согнуты в локтевых суставах и приведены. Дрожание в верхних и нижних конечностях в покое, уменьшается при активных движениях, отсутствует во время сна, усиливается при волнении. Сальное лицо; гипертония больше слева; сухожильные рефлексы повышены, патологических нет. Каталептоидные явления; все движения крайне медленны. Запас сведений и память достаточны. Суждения продуманы, логичны, восприятия точны; наблюдательна, доступна; на вопросы отвечает, но по своей инициативе никогда не начинает разговора. Речь медленная, монотонная, но во время разговора ускоряется, иногда в речи заметна эксплозивность (звуки как бы пробиваются сквозь препятствия). Читает про себя довольно быстро. Ассоциации, как показывает эксперимент, почти не замедлены. Крайнее ослабление инициативы, импульсов к движению, к умственной работе. Лишь инициатива со стороны позволяет производить умственные операции. Обычно апатична, иногда неудержимо плачет. За время пребывания в клинике (до мая 1924) особых перемен не было, но следует отметить наблюдавшиеся иногда повышения температуры без видимых соматических причин.

С л у ч а й 18. А. Р., мальчик 10 лет. Поступил 16/IV 1923 г. В наследственности ничего особенного. Родился в срок, развивался правильно, характер до заболевания ровный, способности хорошие, учение давалось легко.

Заболел в январе 1923 г.; была повышена температура в течение трех недель с резкой сонливостью. Затем некоторое время было двоение в глазах, стал страдать бессонницей. Еще во время острого заболевания начал усиленно ковырять в носу, что продолжает делать и до сих пор. Вообще после болезни резко изменился, стал апатичным, ничем не интересуется.

Больной по росту и другим антропометрическим данным отклонений от нормы не представляет; отмечается ненормальное отложение жира на ягодицах, бедрах, в области грудных желез (до заболевания этого не было). Черепные нервы в порядке. Активные и пассивные движения совершаются правильно. Положение тела и походка отклонений не представляют. Гиперкинезов нет, координация не расстроена; чувствительность сохранена. Сухожильные рефлексы нормальны, патологических нет. Речь медленная, тягучая. Мальчик в общем спокоен, вял, апатичен, ничем не интересуется. Все время ковыряет в носу и сморкается, хотя кроме вызванного постоянным ковырянием раздражения около ноздрей в носу ничего особенного объективно не отмечается. Отучить мальчика от этой привычки нет никакой возможности. На Часто подолгу остается в одной и той же позе. Негативизма не отмечается. На вопросы отвечает неохотно; запас сведений у мальчика достаточен для его возраста. Выписался в апреле 1924 г. Состояние без перемен.

С л у ч а й 19. К., мальчик 15 лет, направлен из Комонес'а. Отец и мать здоровы, дед по отцу был алкоголик, бабка умерла от рака, дядя по матери был психически болен. Мальчик до 11 лет развивался правильно, был вполне здоровым и нормальным ребенком. На 12 году перенес сонную болезнь, после которой резко изменился: стал раздражителен, неряшлив, в школе засыпал на уроках, появилась склонность к лжи, воровству, бродяжничеству; из школы исключили. Последний раз стащил мануфактуру в чайной, вследствие чего попал в Комонес. Status. По росту и сложению соответствует возрасту. Цианоз рук и ног; гипертония в руках, усиливающаяся при пассивных движениях. Мимика вялая. Просторный ptosis, нистагм. Бывает диплопия, недостаточность конвергенции. Ассоциированные движения слабо выражены. Эротичен. Развязен, говорит много и охотно, настроение слегка повышенное: он всем доволен, собирается купить балалайку. Школьные знания скудны. По Бинэ и Россолимо отсталость незначительная. Признан совершившим правонарушение в состоянии болезненного изменения психики на почве летарического энцефалита.

С л у ч а й 20. С. А., мальчик 7½ лет, поступил 8/VI 1924 г. Патологическая наследственность отрицается. Родился в срок, развивался правильно. Заболел 13/V 1924 г.

после легких гриппозных явлений; расстройство сна: смена сонливости и бессонницы. Вместе с тем появилось косоглазие. Расстройство сна в описанном виде продолжалось в течение 4 месяцев, косоглазие в течение 1 месяца. В конце второго месяца болезни было обращено внимание на изменение позы больного, он стал держаться как старик, согнувшись. На пятом месяце болезни сон стал приближаться к норме, отмечалось только, что больной засыпал после 12 часов ночи и просыпался около 11 часов утра. В это время у больного появились припадки, выражающиеся в том, что он как-то съеживался, приседал на корточки, иногда падал, сознания не терял. Учиться начал уже после начала заболевания, научился читать. Status. Замедление движений глазных яблок, strabismus convergens, гипертония в руках и ногах. Держится согнувшись, руки приведены к туловищу и флексированы, амимия, отсутствие ассоциированных движений. Во время припадков гипертония резко усиливается, невозможно разогнуть ни рук, ни ног; отмечаются во время припадков также гипертония в мышцах шеи и мелкий тремор в кистях рук; далее во время припадка отмечается про- и retropulsio (чаще retro), слюнотечение, учащение пульса с 80 до 110 в минуту. Сухожильные рефлексы повышаются: продолжительность припадков 1—2 минуты. Припадки бывают от 1 до 20 раз в сутки. По интеллекту соответствует возрасту; если приступы часты — апатичен, больше лежит; если редки — делается агрессивен, обижает детей, капризен, требует большого надзора. Выписан в январе 1925 г. в тяжелом состоянии.

С л у ч а й 21. Б. М., мальчик 16 лет, поступил 11/II 1925 г. Со стороны наследственности кроме табеса у деда по матери ничего особенного. Б. развивался нормально, учился хорошо. По характеру был добрый, веселый, ласковый, общительный.

Заболел в декабре 1923 г. Заболевание началось сильной головной болью, в течение двух суток наблюдались подергивания во всем теле и лице. На третий день поднялась температура, больной уснул и спал в течение месяца. Лицо было сальное. По окончании сонливости в течение некоторого времени чрезвычайная болтливость, речь была настолько ускоренной, что окружающие не всегда могли понять ее. Постепенно появилось резкое изменение характера: стал надоедливый, суетливый, со всеми ссорится. Тем не менее снова стал учиться, и не без успеха, в 7 группе 2 ступени. В последнее время стал держаться несколько согнувшись, изменился тембр голоса. Status. Асимметрия лица, глазные щели широко раскрыты, мигание редко; при поднимании бровей кверху горизонтальная диплопия; повышен назопальцебрауальный рефлекс. Мимика почти отсутствует. Держится несколько наклонившись вперед, верхние конечности приведены к туловищу, речь монотонная, невыразительная, но быстрая, слегка эксплозивная. Зрачки живо реагируют. Сухожильные рефлексы повышены, патологических нет.

Мальчик в состоянии постоянного возбуждения, настроение слегка повышенное, суетлив, пристаёт с разными вопросами, просьбами, жалобами. Постоянно ссорится с детьми гораздо меньшими его по возрасту; в то же время любит обниматься, ласкать; пристаёт к девочкам и даже к няням, обещает жениться. Требует постоянного надзора, дает обещания вести себя лучше, но сейчас же их нарушает. Интеллект в пределах нормы. Из клиники продолжал посещать свою школу, сдал зачет по математике. Выписан 5/IV 1925 г. в состоянии без перемен.

С л у ч а й 22. В. К., мальчик 14 лет, поступил 1/VI 1925 г. Отец погиб на войне. Дед по отцу умер от рака, бабушка страдает диабетом, дядя был психически болен, умер в психиатрической больнице, другой дядя алкоголик, страдал белой горячкой. Мать истеричка, бабушка по матери — нервная, раздражительная, повидимому страдает раком. Дядя страдает моноплегией, другой умер от спинной сухотки, третий сильно пил, погиб на фронте.

Мальчик родился в срок, развивался правильно; благодаря хорошим способностям учился хорошо, несмотря на плохое прилежание.

Заболел в декабре 1922 г. — сонливость при повышенной температуре в течение полутора месяцев; затем было двоение в глазах. По возобновлении занятий стали замечать, что мальчик засыпает на уроках, появились подергивания в конечностях, быстро утомлялся, стал хуже учиться. В апреле 1923 г. период длительной бессонницы, засыпал только к утру. С апреля 1924 г. стал часто плакать, жаловаться на затруднения дыхания. Осенью того же года не возобновил занятий из-за быстрой утомляемости и усилившейся одышки. Приступы затруднения дыхания сопровождались закатыванием глаз; после приступов короткая сонливость. Далее у мальчика отмечены изменения характера: стал назойливым, раздражительным; в связи с приступами — последнее время театральные позы, крики и т. д. Внутренние органы в порядке, в легких ничего особенного. Чувствительность не расстроена. Патологических рефлексов нет. Зрачки реагируют, дермографизм. Одышка инспираторного характера, приступами; во время припадка плачет, бегает по комнате, жестикулирует.

лицо делается цианотичным, во рту накапливается слюна. Приступы иногда по какому-либо поводу, но часто и без повода; доступен суггестивному воздействию, которым можно купировать приступ. Память, интеллект соответствуют норме. Запас сведений достаточный. Внимание ослаблено. Крайне надоедлив, назойлив, подвижен, аффективен. Критически относится к своему состоянию; говорит, что на него временами что-то находит. Бывает агрессивен.

За время пребывания особых изменений не произошло.

Реакция Вассермана отрицательная. Исследование вегетативной нервной системы не дало определенных результатов. Выписан 4/VII 1925 г.

ГЛАВА X.

СИФИЛИС МОЗГА.

Когда речь идет о сифилисе у детей, то обычно имеют в виду конгенитальное проявление этой болезни, однако следует считаться также с возможностью приобретенного сифилиса (как половым, так и внеполовым путем) и последующего развития изменений со стороны нервной системы.

Явления конгенитального сифилиса у детей чрезвычайно многообразны. Прежде всего нужно иметь в виду, что сифилис, как и другие вредные токсические и инфекционные моменты, может дать поражение зачатка, которое в дальнейшем сказывается на всем развитии ребенка; при этом неполноценный плод может не иметь специфических особенностей, свойственных люэсу, как таковому. Более того, ни в патологоанатомическом, ни в серологическом смысле мы здесь в сущности не имеем сифилиса как инфекции. Связанные с таким поражением зачатка случаи недоразвития упоминались нами в главе об олигофрении. В той же главе шла речь и о случаях люэтического происхождения олигофрении, когда в утробном периоде или в первые месяцы жизни развиваются специфические люэтические поражения центральной нервной системы. Здесь мы уже имеем настоящие в анатомическом смысле сифилитические поражения — менингиты, энцефалиты, эпендимиты (иногда с развитием головной водянки), оставляющие после себя дефекты мозговой ткани, которые обнаруживаются клинически как наличием стойких очаговых симптомов (параличей и пр.), так и задержкой общего соматического и психического развития. Это в сущности резидуальная форма, лежащая в основе олигофрений сифилитического происхождения. В настоящей главе мы остановимся преимущественно на тех формах конгенитального сифилиса, при которых мы имеем дело не только с остатками, следами старого, рано протекавшего процесса, но которые дают прогрессирующие явления. Мы имеем в виду активный люэс, который помимо задержки развития продолжает разрушать мозговую ткань, причем ребенок не только не двигается вперед, но и деградирует.

Симптоматология, течение. Сифилис у детей очень полиморфен по своим симптомам. Редко он протекает моносимптоматически. Обнаруживаются параличи глазных мышц, имеющие следствием косоглазие, неравномерность зрачков, их вялая реакция на свет, иногда поражения зрительного нерва. Нередко развиваются эпилептиформные припадки (сл. 26), причем иногда долгое время не наблюдается нарушения интеллекта. Припадки могут в некоторых

случаях сопровождаться параличами или парезами, сначала переходящими, затем стойкими. В иных случаях наблюдаются симптомы, связанные с повышением внутричерепного давления: вялость, апатичность, безучастие ко всему окружающему, изменения глазного дна, разнообразные очаговые явления (выпадения и гиперкинезы), апоплектиформные и эпилептиформные припадки. В основе такого повышения внутричерепного давления обычно лежит развитие гуммы (сл. 24); некоторые различия симптомов зависят от локализации гранулемы. Аналогичная картина, связанная с повышением внутричерепного давления, может быть также при внутренней головной водянке, иногда более или менее остро развивающейся при конгенитальном сифилисе; в этих случаях однако наблюдается меньшее постоянство симптомов, большие колебания в течении, что связано с изменениями количества жидкости, а следовательно и внутричерепного давления.

При головной водянке возможно раздражение гипофиза (вследствие местного давления) с развитием у детей добавочных явлений, связанных с дисфункцией внутрисекреторного аппарата: наблюдаются ожирение, запоздалое или раннее половое созревание и пр. При этом интеллектуальное развитие может страдать сравнительно мало.

В других случаях люэтический процесс дает явления менингита: развиваются головные боли, головокружения, эпилептиформные припадки (сл. 27), параличи конечностей, иногда явления гемиплегии; при базиллярном менингите поражения головных нервов.

Развитие люэтических поражений у детей в некоторых случаях идет настолько остро, что приводит к смерти; иногда же процесс затихает, и на его развалинах развиваются стойкие неврологические явления и глубокое слабоумие (сл. 26 и 27). Наконец во многих случаях процесс идет очень медленно, без резко выраженных болезненных явлений. Дети имеют те или иные неврологические симптомы (косоглазие, повышение сухожильных рефлексов, неравномерность зрачков и пр.), некоторые явления с соматической стороны (седловидный нос, гутчинсоновские зубы с лунообразными вырезками и пр.), при этом они иногда слегка запаздывают в соматическом и умственном развитии, позже развивается речь; иногда же явлений недоразвития вовсе не наблюдается.

В дальнейшем однако у таких детей могут наступить ухудшения, указывающие на наличие активного люэтического процесса. Эти ухудшения могут быть с преобладанием неврологических или психических явлений.

Отдельные формы сифилитических расстройств у детей, как и у взрослых, нерезко отграничены между собой и почти не поддаются точной и определенной группировке вследствие большого числа переходных и смешанных случаев. Разнообразие клинических проявлений при сифилисе мозга зависит от особенностей процесса (анатомически выражающихся в разных формах), от его локализации, от наличия токсических моментов, связанных с сифилитической инфекцией, от возраста больного, от предшествовавшего лечения и пр. Таким образом при описании отдельных форм следует иметь в виду их недостаточную определенность.

1. Острый и подострый менингиты проявляются сильными головными болями, повышением температуры, головокружениями,

рвотой, состоянием отупения, спутанности. При этом очень часты поражения черепных нервов, параличи конечностей, общие и местные судорожные припадки, ригидность затылка. В цереброспинальной жидкости отмечается плеоцитоз и положительная реакция Вассермана. Течение и исход благоприятны при своевременном специфическом лечении. При отсутствии лечения, особенно в раннем детском возрасте, сифилитический менингит, как и всякий другой, может оставить стойкие утолщения, рубцы, которые являются причиной очаговых симптомов и задерживают общее развитие мозга (в результате — сифилитическая олигофрения).

2. В результате легких менингитов и токсических изменений нервной ткани могут развиваться явления так называемой сифилитической неврастении, которая проявляется головными болями, повышенной раздражительностью, быстрой утомляемостью, ослаблением памяти, иногда приступами страха и беспокойства. Кроме того бывают, хотя нерезко выраженные, неврологические симптомы (изменения со стороны зрачков, рефлексов) и серологические реакции. В этих случаях очень важно своевременное распознавание, так как специфическое лечение обычно быстро ликвидирует заболевание.

3. Гуммы. При развитии гумм в мозгу симптомы зависят, как при всякой опухоли, от места нахождения гранулемы и от общих последствий повышения внутричерепного давления. Картина болезни характеризуется вялостью, апатичностью, безучастием к окружающему, затемнением сознания, изменением глазного дна, очаговыми симптомами, иногда эпилептиформными и апоплектиформными припадками, а также обычно серологическими реакциями. Своевременное распознавание очень важно, так как специфическое лечение дает очень благоприятные результаты.

4. Гидроцефалия сифилитического происхождения также дает явления повышения внутричерепного давления, но в этих случаях обнаруживается меньшее постоянство симптомов сравнительно с гуммой, большие колебания в течении, что связано с изменениями количества жидкости, а следовательно и внутричерепного давления. Специфическое лечение при гидроцефалии не дает надежных результатов. При головной водянке вследствие давления на гипофиз развиваются у детей нередко добавочные явления, связанные с дисфункцией внутрисекреторного аппарата: наблюдаются ожирение, запоздание или раннее развитие половых органов и пр.

5. Сифилитический псевдопаралич является очень частой формой, характеризующейся хроническим течением, медленно развивающимися явлениями выпадения. Дети постепенно становятся забывчивыми, слабоумными, апатичными, неспособными к занятиям; иногда у них развиваются обострения в виде спутанности, с бредом и галлюцинациями. Очень часты всякого рода припадки, инсульты, обмороки. Наблюдаются расстройства со стороны зрачков (чаще в виде их полной неподвижности), рефлексов, явления афазии и пр. Специфическое лечение при этой форме дает обычно лишь частичное улучшение.

6. Апоплектиформный сифилис мозга характеризуется склонностью к инсультам с последующими очаговыми симптомами. В результате развивается слабоумие, напоминающее псевдопаралич.

Возможна смерть во время инсульта. В основе болезни сифилитическое поражение крупных и средних сосудов мозга. Специфическое лечение обычно не дает хороших результатов.

7. Эпилептиформный сифилис мозга дает картину, похожую на генуинную эпилепсию, но при наличии более грубых очаговых симптомов поражения мозга. При этой форме помимо припадков наблюдаются сумеречные состояния сознания, изменения настроения, постепенное отупение, ослабление памяти. Больные часто гибнут во время эпилептического статуса. Нередки случаи с комбинацией эпилептиформных и апоплектиформных явлений. Эпилептиформный сифилис мозга обычно связан с поражением мелких сосудов мозга и плохо поддается антисифилитическому лечению. Впрочем иногда припадки могут зависеть и от местных менингеальных изменений в двигательных областях коры.

8. Параноидная форма, или сифилитический галлюциноз (иногда со спутанностью) — форма, частая у взрослых, — наблюдается очень редко в детском и даже подростковом возрасте.

9. Сифилитические олигофрении, о которых уже шла речь, обычно связаны с резкой соматической и двигательной неполноценностью; эта форма отличается от псевдопаралитического слабоумия тем, что при последнем дети растрачивают приобретенный раньше багаж и деградируют, а при олигофрении больные с самого начала неполноценны и недоразвиты. Однако это принципиальное различие не всегда можно провести клинически, так как нередко комбинации явлений недоразвития с последующей деградацией в связи с ухудшением болезненного процесса.

10. Состояния, сходные с психопатиями, характеризуются патологической структурой характера. Эта форма отличается сравнительной стационарностью, постоянством симптомов. Неврологические симптомы обычно слабо выражены. Развитие интеллекта обычно в пределах низкой нормы или незначительной умственной отсталости. Характерологически это очень трудные дети, с повышенными влечениями, аффективные, антисоциальные, злобные, очень плохо поддающиеся педагогическому воздействию. Несколько отличается от таких детей группа случаев с преобладанием неустойчивости, лабильности настроения, податливостью дурным влияниям, быстрой психической и физической истощаемостью, пониженной работоспособностью (Осипова). Антисифилитическое лечение состояний, сходных с психопатиями, обычно дает лишь частичные улучшения.

При сифилитических расстройствах детского возраста помимо психики наблюдается, как уже упоминалось, обычно ряд более или менее характерных явлений и со стороны соматической сферы. Это обычно дети худосочные, недостаточного роста, часто инфантильные. Однако по нашим наблюдениям нередко отмечается физическое развитие, превышающее возраст, и сравнительно раннее половое созревание.

Телосложение очень часто диспластическое (но не всегда). Обычны общеизвестные стигмы конгенитального сифилиса в виде седловидного носа, гутчинсоновских зубов с полулунными вырезками, поражений зрения и слуха. Часто наблюдаются недоразвитие и дефекты речи, общая двигательная отсталость. Наиболее резко выражены бывают указанные соматические явления при сифилитической оли-

гофрении, но они наблюдаются и при прочих формах сифилиса мозга. При диагностике конгенитально-люэтических заболеваний у детей помимо неврологических и соматических явлений, имеющих очень большое значение для распознавания, следует еще иметь в виду следующие общие черты люэтических поражений: 1) пестроту и полиморфность клинической картины; 2) преобладание очаговых симптомов, лакунарность выпадений; 3) известную катастрофичность течения (внезапные ухудшения, разного рода припадки) и в то же время склонность к ремиссиям; 4) особенности биологических реакций: Вассерман в крови и цереброспинальной жидкости, а также Nonne-Appelet и плеоцитоз.

По отношению к реакции Вассермана, имеющей особенно показательное значение при диагнозе, нужно однако иметь в виду, что она получается при конгенитальном сифилисе далеко не всегда. Таким образом отрицательная реакция Вассермана никоим образом не может считаться противоречащей диагнозу сифилиса мозга (сл. 23).

Очень характерно для сифилитических психозов, что в цереброспинальной жидкости реакция Вассермана дает обычно положительный результат лишь при применении увеличенного количества жидкости, а при ее обычной для данной реакции дозировке получается отрицательный результат (в отличие от прогрессивного паралича). Примерно получается так: при 0,2 жидкости р. В. отрицательна, при 0,4 р. В. \pm , при 0,6: $+$, при 0,8: $++$.

Конгенитальный сифилис проявляется обычно в детские годы — до 15 лет. Однако нельзя установить точных пределов, до какого возраста возможно наступление конгенитально-люэтических заболеваний. Имеются наблюдения об их проявлениях на третьем и даже на четвертом десятке лет жизни — это в особенности касается так называемых металюэтических заболеваний (прогрессивный паралич и табес) на почве конгенитальной инфекции.

Как уже было упомянуто, у детей и особенно подростков приходится наблюдать проявление не только врожденного, но и приобретенного сифилиса. Помимо внеполовых заражений, связанных с бытовыми условиями, наблюдается нередко в городской обстановке (особенно среди беспризорных) и половые заражения в сравнительно раннем возрасте. В результате заражения у детей, как и у взрослых, наблюдаются разнообразные формы поражения центральной нервной системы. Наиболее легкой и частой формой люэтического расстройства вскоре после начала инфекции следует считать заболевание, выражающееся в виде невроза (неврастении, ипохондрии). Расстройство сна, головные боли, раздражительность, быстрая утомляемость, ослабление памяти, расстройство настроения, приступы страха, ипохондрические идеи и тому подобные симптомы, преимущественно субъективного характера, наполняют картину болезни. В этиологии таких страданий некоторую роль могут играть конституциональные особенности (известная нестойкость, предрасположение к психоневрологическим отклонениям по разным поводам), а также психогенные моменты (страх последствий заражения, стыд, желание скрыть болезнь от окружающих); однако наличие легких органических симптомов (изменения со стороны зрачков, рефлексов, нестойкие парезы, головокружения и пр.), а также серологических данных указывает на органическую природу страдания.

В частности иногда констатируемый лимфоцитоз в цереброспинальной жидкости повидимому связан с наличием воспалительного состояния мозговых оболочек.

В некоторых случаях у детей и подростков на почве приобретенного сифилиса развиваются изменения характера — лень, злобность, лживость, неподчинение дисциплине, антисоциальные наклонности и прочие явления, причем до заболевания дети такими свойствами не отличались (сл. 28).

Далее на почве приобретенного люэса возможно развитие параличей, эпилептиформных припадков, слабоумия, психотических расстройств параноидного характера и прочих явлений, сходных с описанными уже выше при конгенитальном люэсе.

Патологическая анатомия люэтических поражений в детском возрасте почти целиком совпадает с тем, что наблюдается у взрослых. Как особенность конгенитального поражения можно лишь отметить некоторые явления задержки развития и уродства отдельных частей нервной системы; так, в мозжечке отмечено наличие многих ядер в клетках Пуркинье; наблюдались также в коре большого мозга многоядерные клетки; далее констатированы неправильно расположенные клетки, гетеротопии, сохранение внутреннего зернистого слоя в агранулярных моторных полях коры и ряд других особенностей, которые нужно считать остатками, свойственными ранним ступеням эмбрионального развития. В остальном конгенитальные сифилитические изменения ничем не отличаются от свойственных приобретенному люэсу. В частности можно различать формы: гуммозную, менинго-энцефалитическую и эндартериит сосудов; последний может проявляться в форме Гейбнеровского эндартериита крупных сосудов или же в форме поражения мелких сосудов, описанной Альцгеймером.

Лечение сифилиса нервной системы (все равно, конгенитального или приобретенного) сводится к применению ртутных втираний, иода и сальварсана (последнего с осторожностью и лишь при отсутствии тяжелых явлений). При этом нужно иметь в виду, что антилюэтическое лечение может повлиять лишь на активный процесс, но конечно не в состоянии восстановить разрушений, произведенных старым, уже протекавшим процессом, и следовательно воздействовать на ту задержку в развитии, которая явилась в результате люэтического мозгового поражения. Отсюда сравнительная незначительность результатов антилюэтического лечения в некоторых случаях конгенитального поражения нервной системы. Испробовать такое лечение мы всегда должны, особенно при наличии реакции Вассермана, до некоторой степени указывающей на активность процесса, но больших надежд возлагать на возможность полного излечения во многих случаях не приходится.

При описании отдельных форм мы уже указывали на их большую или меньшую податливость по отношению к специфическому лечению. Лечение имеет между прочим и значение профилактической меры, в значительной мере предупреждающей развитие в дальнейшем тяжелых поражений нервной системы, в частности прогрессивного паралича.

В настоящее время при лечении упорных случаев сифилиса мозга, не поддающихся обычной антисифилитической терапии, стали

применять с хорошим как будто успехом прививки малярии. Во всяком случае даже в случае улучшений после лечения всегда следует опасаться возвратов болезни; поэтому такие дети должны находиться под диспансерным наблюдением с периодической проверкой их психического, неврологического и соматического статуса и серологических реакций. При наличии соответствующих показаний необходимо лечение повторить.

Случай 23. Б-ная Ч., 7 лет, поступила 12/XI 1925 г. Отец алкоголик, в его семье и в семье матери много алкоголиков. Мать умерла от туберкулеза, у нее было 10 беременностей, из них одни преждевременные роды. Большинство детей родилось слабыми и умерло в раннем возрасте. Наша больная десятая, родилась слабой, ходить и говорить начала во-время; по характеру всегда была злая, капризная, сварливая, Status. Диспластична, короткие ноги, длинные руки, асимметричные череп и лицо, утолщенное переносье, рот большой, зубы редкие, прогнатизм. Движения ловкие; со стороны рефлексов и чувствительности изменений нет, зрачки нормальные. Речь хорошо развита, голос хриплый. Мимика невыразительная, лицо старообразное, ночное недержание мочи; Вассерман положительный. Девочка суетлива, надоедлива, со всеми ссорится, ни к чему не проявляет интереса, от каких-либо занятий уклоняется. Крайне сексуальна, онанирует днем и ночью, не стесняясь присутствием детей; любимый разговор — на половые темы, любит обнажаться; живет исключительно органическими влечениями; никаких привязанностей не обнаруживает, эмоционально тупа. В общем ровное, безразличное настроение прерывается аффективными вспышками по незначительным поводам; цинично ругается, кусается, царапается, кричит; такие состояния продолжаются часами, не поддаваясь никаким воздействиям. Интеллект формально в пределах низкой нормы, внимание быстро истощается. Лечение не дало результатов.

Случай 24. Б-ная Н., 12 лет, поступила 16/IX 1925 г. Патологическая наследственность отрицается. Развивалась правильно, училась хорошо, окончила 4 группы. В течение последнего года часто жаловалась на головные боли, особенно в течение последних полутора месяцев. Во время приступов боли, продолжающихся несколько часов, — онемение верхних конечностей, расстройство речи афазического характера, двоение в глазах. За время болезни резко ослабело зрение. Status. Физическое развитие соответствует возрасту, походка шаткая, нистагм, косоглазие, $\text{visus os. sin et d} = 0,1$, р. В. отрицат. Реакция зрачков вялая, застойный сосок зрительного нерва. Сухожильные рефлексы понижены, патологических нет. Психика оглушенная, однако ориентировка сохранена. Во время пребывания в клинике приступы головных болей сопровождались рвотой, судорожными подергиваниями лицевой мускулатуры и конечностей, иногда тоническими судорогами с ригидностью затылка, при этом отмечался рефлекс Бабинского. Настроение большей частью подавленное. Зрение быстро упало до нуля (повторное исследование глазного дна показало атрофию зрительных нервов). Начатое в октябре лечение ртутными втираниями дало быстрое улучшение самочувствия, прекращение головных болей, но зрение осталось потерянными вследствие стойкой атрофии зрительных нервов. 23/XII б-ная выписалась. Катамнез 1/VI 1926 г.: самочувствие хорошее, головные боли не беспокоят. Таким образом, несмотря на отрицательную реакцию Вассермана, диагноз сифилитического заболевания и именно гуммы, давшей явления, свойственные опухолям, на основании течения болезни и результатов лечения, можно считать несомненным.

Случай 25. Б-ной М., 13 лет, поступил 16/III 1925 г. Отец и мать болели сифилисом. У матери 7 беременностей, из коих 3 окончились выкидышами, в живых 2. Наш больной родился в срок, ходить и говорить начал после двух лет. Учился с 7 лет, — плохая успеваемость. Резкое ухудшение характера с 1924 г. Со всеми ссорится, раздражителен, антисоциальные поступки; школьная успеваемость ухудшилась. Последнее время часты приступы головных болей. Status. Физическое развитие соответствует возрасту, правая глазная щель уже, правая носогубная складка сглажена, глазное дно нормальное, зрение: o. d. 0,5, s. 0,3, зрачки $d > s$, реакция на свет не вызывается, слух нормален, коленные и ахилловы рефлексы отсутствуют, патологических нет; Вассерман положительный. Интеллект и запас сведений в пределах нормы; груб, ленив, не подчиняется режиму, в то же время плаксив, слабодушен. После ртутного лечения последовало улучшение; по данным на 1 февраля 1926 г. больной учится в IV группе нормальной школы, успеваемость хорошая, с января 1926 г. посещает кроме того фабзавуч. По характеру стал спокоен, дисциплины в школе не нарушает.

Случай 26. Больная И., 12½ лет. Отец психопатическая личность, дед по отцу алкоголик, бабушка умерла от рака, дядя душевнобольной. Мать недоразвитая, истеричная, у нее было 6 беременностей, 4 умерли вскоре после рождения. У нашей б-ной в возрасте 1½ лет какие-то судорожные припадки в течение 3 месяцев; прошли без лечения. В умственном развитии отставала. 8 лет начала учиться, но учение не давалось. На 9-м году стали замечать перемену в состоянии б-ной: поглупела, рвала вещи, собирала мусор, нельзя было оставить ее одну. Перед поступлением в клинику был приступ возбуждения с слуховыми и зрительными галлюцинациями. Во время поступления приступ заканчивался, больная скоро перешла в свое обычное состояние: апатична, слабоумна, ничем не интересуется, много спит, собирает мусор, рвет белье, бывает неопрятна мочой. Частые головные боли, разные ипохондрические жалобы; запас сведений недостаточный, память очень слаба. По Бинэ отсталость на 6—7 лет. Речь монотонная, не расстроена; зрачки неравномерны, левый очень широк, реакция на свет вялая, на аккомодацию и конвергенцию сохранена. Парез левого лицевого нерва. Сухожильные рефлексы повышены, дрожание в руках и языке, походка не изменена; говорит мало, медленно, движения совершаются в полном объеме; р. В. положительная. Несмотря на специфическое лечение улучшения не последовало, скорее можно было отметить некоторое нарастание слабоумия. В дальнейшем выросла, соответственно возрасту, появились вторичные половые признаки. Физическое состояние все время удовлетворительное.

Случай 27. Б-ная Э., 13½ л., поступила 15/V 1923 г. Отец умер от прогрессивного паралича, дед от туберкулеза, бабушка от рака. Мать здорова. У матери 6 родов: первая наша больная, вторая умерла около двух месяцев, на теле были язвы, третья — тоже, четвертая — преждевременные роды, умер от истощения, пятый — мертворожденный, шестой — здоров. Больная родилась в срок, развивалась правильно, была веселой, понятливой. Лет с семи состояние изменилось, начались припадки с судорогами и потерей сознания, которые переходили или в глубокий сон или же в сумеречные состояния сознания — больная куда-то стремилась, перебирала руками разные вещи, после не помнила, что с ней было. В 1921 г. на обоих глазах появились помутнения роговицы, оказавшиеся сифилитическими. Р. В. положительная. В марте 1923 г. проделано специфическое лечение. За время болезни не учится, стала вялой, отстает от сверстников. Status. По росту и весу превышает свой возраст, лицо асимметричное, правая глазная щель уже, парез правого лицевого нерва. Верхние резцы с полукруглыми вырезками (гутчинсоновские зубы). Язык отклоняется влево, зрачки неравномерны: $s > d$, неправильной формы, эксцентричны; не реагируют на свет, вяло — на аккомодацию и конвергенцию. Рефлексы сухожильные живые, со слизистых отсутствуют. Речь невнятная, глазное дно нормально. Вторичные половые признаки имеются, menpes не было. Двигательно неловка, отстает на 4 года; движения вялые, неуверенные. Умственная отсталость по Бинэ на 5 лет, вялая, апатична, настроение безразличное. К матери есть привязанность, стремится к ней убежать. Запас сведений очень незначителен, бестолкова, не может выполнить простых поручений, ничем не может заняться, бесцельно бродит. Иногда разговаривает сама с собой (повидимому существуют слуховые галлюцинации). Проходящих мимо людей принимает за своих родственников, забывчива. Рассеяна, быстро утомляется, особенно при интеллектуальных процессах. Судорожные припадки почти каждый день. Антилюэтическое лечение не дало улучшения. Таким образом в данном случае конгенитальный сифилис дал слабоумие и эпилептиформные припадки.

Случай 28. Б-ной К., 11 лет. Сирота. О родственниках сведений нет. С ранних лет живет в приютах для нормальных детей. В 1918 г. заразился в приюте сифилисом случайно от другого мальчика. Лечили ртутными втираниями. В течение последнего времени стал невыносим в приюте; избегал ученья и какой бы то ни было работы; ворует, несмотря на улики, всегда отрицает виновность, циничен, крайне импульсивен, груб, говорит дерзости. 8/V 1922 г. поступил в клинику. Телосложение правильное; утолщение и болезненность передних поверхностей большеберцовых костей на границе верхних и средних третей. Увеличены паховые и подмышечные лимфатические железы. Походка не расстроена. С закрытыми глазами ему не удается дотронуться кончиком пальца до кончика носа. Повышенная мышечная возбудимость. Сухожильные рефлексы живые, патологических нет. Корнеальный, конъюнктивальный и глоточный понижены. Не выговаривает трудных фраз, артикуляция нарушена, спотыкается на слогах. Зрачки неправильной формы, эксцентричны, неравномерны; реакция живая. В крови Meinicke положительный, р. В. сомнительная (\pm).

Сознательный, ориентированный, внимание устанавливается с большим трудом; быстрая утомляемость; память и способность запоминания ослаблены; соображает медленно. Настроение неустойчивое, частые аффекты гнева; дразнит детей, часто вступает в драку, циничен, на увещания отвечает бранью; временами слабодушен, склонен

к слезам. Заставить учиться невозможно. Назначено антилюэтическое лечение, сделано 30 ртутных втираний. Быстро окреп физически, прибавил в весе; болезненные периоститы исчезли. Вместе с тем наступило резкое улучшение психического состояния. Владеет собой, ласков, общителен, очень трудолюбив, большое желание учиться, внимание стало устойчивым, случаев воровства не отмечается. Речь улучшилась. 14/I 1923 г., как выздоровевший, отправлен в нормальный детский дом. По имеющимся оттуда сведениям хорошо учится, правильно себя ведет; воспитатели вполне им довольны.

Ювенильный прогрессивный паралич.

Прогрессивный паралич представляет далеко не редкое явление в детском возрасте. Развиваясь на почве конгенитального сифилиса, эта болезнь за исключением некоторых особенностей в деталях, на которых мы остановимся в дальнейшем, в общем соответствует прогрессивному параличу, наблюдающемуся у взрослых.

Начало ювенильного паралича отмечается в возрасте от 7 до 20 лет. Наблюдаются случаи и позднее 20 лет, но все же они называются ювенильными, если развиваются на почве конгенитального сифилиса. Таким образом при ювенильном параличе соблюдается приблизительно тот же период времени от начала заражения (совпадающего с началом жизни субъекта) до начала болезни, что и при прогрессивном параличе взрослых (7—20 лет). Вопрос о том, почему прогрессивный паралич развивается лишь в некоторых случаях в связи с конгенитальным люэсом и каковы добавочные моменты помимо сифилиса, способствующие заболеванию, так же не ясен в отношении ювенильного паралича, как и в отношении паралича взрослых; алкоголизм родителей, травмы и неблагоприятные условия жизни самих больных повидимому играют некоторую роль в развитии болезни; мальчики заболевают вдвое чаще, чем девочки (несколько меньшая неравномерность, чем у взрослых, где отношение 4 : 1). История личности до заболевания в значительном числе случаев дает указания на существование конгенитально-люэтического стигмат у будущих ювенильных паралитиков. Общее недоразвитие, инфантилизм, гутчинсоновская триада (зубы с вырезками, кератит, поражения слуха), неправильности развития скелета, следы периоститов на голеньях, задержка психического развития — обычные явления, наблюдающиеся у ювенильных паралитиков еще до заболевания. Однако нередко случаи, когда дети до заболевания почти ничем не обнаруживают задатков будущей тяжелой болезни. Паралич иногда развивается неожиданно у детей, кажущихся вполне полноценными в физическом и психическом смысле.

Первый признак наступающей болезни (чаще всего 8—12 лет) обычно проявляется в остановке развития; дети перестают расти физически и психически, а затем начинают деградировать. Постепенно нарастают изменения характера и упадок интеллекта; дети становятся плаксивыми, раздражительными, недоверчивыми, редко возбуждаются. В одних случаях преобладают подавленное настроение, апатия, в других — возбуждение, суетливость с громким криком и смехом, надоедливыми приставаниями к окружающим. Вместе с тем отмечаются забывчивость, рассеянность, беспечность; дети начинают отставать от сверстников в школьных занятиях и в конце концов совсем перестают учиться. Интерес к окружающему падает, больные не находят больше занимательными

игры со сверстниками, чаще играют лишь с малыми детьми; вместе с тем обычно падают и этические чувствования, больные делаются грубыми, эгоистичными, тупеют, их привязанности к родным и товарищам ослабевают. Нередко они совершают проступки и правонарушения — наивные кражи на виду у всех, нелепые поджоги и т. п. Иногда отмечается и половая распушенность. Галлюцинации, как и у взрослых, обычно не наблюдаются.

С неврологической стороны констатируются изменения со стороны зрачков — их неравномерность, отсутствие или вялость реакции на свет при сохранении реакции на аккомодацию; однако чаще, чем у взрослых, наблюдается полное отсутствие каких-либо реакций со стороны зрачков (абсолютная неподвижность). Далее отмечаются повышение или понижение, иногда неравномерность сухожильных рефлексов, неравномерность и ослабление иннервации лица, вялость мимики, дрожание в языке и руках, симптом Ромберга, изменения речи (обычно в виде неясности, смазанности, реже в виде отчетливых спотыканий, как у взрослых); очень часты далее изменения походки (шаткость, неуверенность), неловкость движений, расстройства сфинктеров.

В дальнейшем происходит постепенное нарастание соматической и психической слабости, дети разучиваются читать и писать, становятся совершенно беспомощными и глубоко слабоумными, наступает маразм; часто присоединяются эпилептиформные припадки, иногда эпизодические состояния резкого возбуждения. Смерть наступает при явлениях маразма или в связи с эпилептиформными припадками.

Описанные выше начало и течение болезни соответствуют так называемой дементной форме паралича и являются наиболее частыми у детей. Другие формы, описанные у взрослых, в частности экспансивная форма прогрессивного паралича, у детей в скольконибудь выраженном виде не наблюдаются. Бред величия иногда бывает, но очень неяркий и элементарный (сл. 32). Иногда начало болезни бывает не постепенным, как описано, а острым: появляется ряд эпилептиформных припадков, вслед за которыми уже ясно обнаруживаются оскудение психики и наличие неврологических симптомов. В дальнейшем однако наблюдается обычное медленное течение болезни, свойственное дементной форме.

Из отдельных явлений, особенно часто наблюдающихся при прогрессивном параличе у детей сравнительно со взрослыми, нужно отметить: 1) уже упомянутые эпилептиформные, а также апоплектиформные припадки, головокружения и обмороки (сл. 31), 2) атаксию, указывающую на поражение cerebellарных систем, 3) своеобразное хореоподобное двигательное беспокойство, 4) прочие очаговые явления. Эти особенности до известной степени служат указанием на наличие местных поражений, в чем и нужно видеть известную атипичность, некоторые отклонения от обычной диффузности паралитического процесса у взрослых. Это обстоятельство повидимому связано с тем, что при ювенильном параличе часто наблюдается осложнение сифилитическими сосудистыми изменениями.

Далее при ювенильном прогрессивном параличе довольно часты внутрисекреторные расстройства, выражающиеся в отложении жира, особенно в области живота, в гипогениализме, гипотиреозидизме и пр.

(сл. 32); очень характерна также задержка роста с самого начала болезни, вследствие чего больные как правило выглядят гораздо моложе своих лет (сл. 29 и 32).

Серологические реакции в крови и спинномозговой жидкости при ювенильном параличе те же, что у взрослых, но все же чаще отмечается отрицательная или вообще слабо выраженная р. В., что быть может является выражением медленности и вялости течения ювенильного паралича.

Течение ювенильного паралича в общем медленнее, чем у взрослых, средняя его длительность 4—6 лет (впрочем такая медленность свойственна и взрослым дементным формам).

Профилактика и лечение. Профилактика юношеского прогрессивного паралича сводится главным образом к борьбе с сифилисом. Очень важно широкое ознакомление населения с последствиями врожденного сифилиса. Каждый сифилитик должен знать, что он не должен иметь потомства, пока его болезнь не излечена как следует и что требуется и в дальнейшем частая проверка (исследование крови, цереброспинальной жидкости) ввиду возможности рецидивов. Дети сифилитиков подлежат периодическому осмотру с проверкой при помощи серологических реакций и энергичному лечению при наличии соответствующих данных. Антисифилитическое лечение, не устраняя вполне возможность заболевания прогрессивным параличом, все же повидимому понижает шансы заболевания.

Основными методами лечения прогрессивного паралича в настоящее время являются прививки малярии; после 10 приступов малярию прекращают хинином и затем проводят еще лечение сальварсаном. На основании имеющихся в литературе (очень скудных, впрочем) данных принято считать, что малярийная терапия ювенильного паралича не дает таких благоприятных результатов, как у взрослых. Однако опыт нашей клиники не оправдывает такого пессимизма. При оценке результатов лечения следует иметь в виду, что в большинстве случаев прогрессивным параличом заболевают дети и без того неполноценные вследствие конгенитально сифилитического поражения, поэтому и после лечения малярией, несмотря на улучшение паралитических симптомов, они остаются с более или менее тяжелыми органическими поражениями и задержкой психического развития. В случаях же, когда параличом заболевают дети, до того времени полноценные, — результаты малярийного лечения приближаются к тем, которые наблюдаются у взрослых. В нашей клинике из 8 случаев, леченных малярией, в 5 наступило улучшение; тщательно прослежены из них 4 случая (д-р Горелик). У всех этих больных наступило улучшение — длительная ремиссия от 1 до 3 лет; резко улучшилось физическое состояние, частично улучшились неврологические явления, явные улучшения со стороны психики и главное — остановка процесса. В одном случае у мальчика, полноценного до заболевания, констатировано почти полное восстановление работоспособности, в остальных (препсихотически неполноценных) улучшение дошло приблизительно до того состояния, в каком дети были до заболевания. Замечательно, что при проверке цереброспинальной жидкости во время ремиссии р. В. во всех 4 указанных случаях обнаружила данные, свойственные сифилису мозга, а непрогрессивному параличу, а именно положительный результат лишь при увеличенном количе-

стве жидкости и отрицательный при обычной дозировке (0,2). До лечения малярией во всех случаях р. В. была резко положительна (+ + + +) при обычном количестве жидкости. Такой сдвиг свойств жидкости доказывает, что лечение малярией действительно оказывает большое влияние на прогрессивный паралич.

Дифференциальный диагноз прогрессивного паралича обычно не представляет затруднений благодаря характерности неврологических, психических и серологических симптомов; наиболее трудно может быть распознавание от сифилиса мозга, но прогрессивному параличу свойственны большая диффузность процесса, более резкий и быстрый распад психики и всего организма, редкость очаговых явлений, большее постоянство р. В.

Патологическая анатомия ювенильного паралича в основных чертах соответствует тем данным, которые известны при параличе взрослых. Диффузные воспалительные и дегенеративные изменения, выражающиеся в своеобразной инфильтрации сосудов плазматическими клетками, размножении капилляров, нарушении архитектоники коры, появлении палочковидных клеток, разрастании глии, поражении нервных элементов — обычно наблюдаются и при ювенильном параличе. Кроме того ювенильной форме свойственны те же анатомические признаки конгенитального сифилиса, о которых уже упоминалось в главе о сифилисе мозга (многоядерность клеток Пуркинье, гетеротопии и пр.).

Представляет далее интерес то обстоятельство, что при ювенильном параличе сравнительно часто находят люэтические изменения (в тесном смысле) в виде гумм и сосудистых поражений, чем отчасти и объясняется известная частота очаговых клинических симптомов. В частности крупных мозговых кровоизлияний у взрослых паралитиков почти никогда не бывают, в ювенильных же случаях они наблюдаются¹. Впрочем сравнительно небольшое число подробно анатомически обследованных случаев ювенильного паралича не позволяют сделать более определенных выводов.

С л у ч а й 29. Б-ной К., 15 лет, поступил 6/X 1925 г. Отец болел сифилисом, умер от туберкулеза. Мать здорова, но р. В. положительна. У матери одна беременность. Родился недоношенным (7 месяцев), но в дальнейшем развивался правильно, был спокоен, общителен, учился сначала хорошо. Зимой 1921/22 г. стал плохо успевать, с осени 1922 уже совсем не мог учиться: стал вял, сонлив, бестолков, р. В. положительна, проведено лечение ртутью и сальварсаном. Однако продолжал деградировать, стал прожорлив, неопрятен. Расстроилась речь. Status. Пониженное питание. По весу и росту отстает (по словам матери за последние 4 года совсем не вырос), значительное скопление жира на лобке и груди (контраст с общим исхуданием). Крипторхизм, недоразвитие половых органов. Капельное сердце (Tropfenherz), зрачки $d > s$, реакция на свет отсутствует, на конвергенцию и аккомодацию — ослаблена. Глазное дно нормально, сухожильные рефлексы повышены, походка шаткая, речь расстроена — спотыкание. Благодушен, ничем не интересуется, дементен; из приобретенных знаний почти все забыл, считает плохо, соответствует по развитию 9-летнему возрасту. 9 февраля привита малярия, перенес 10 приступов, улучшения не последовало.

С л у ч а й 30. Б-ная Ж., 15 лет, поступила 22/II 1924 г. Отец алкоголик, болел сифилисом, мать раздражительна. У нее первый ребенок здоров, второй недоносок, умер от истощения, третий — наша больная. Росла хилым ребенком, говорить начала на 4-м году. В возрасте 7 лет была ломота в ногах. Р. В. положительная; ртутные втирания. Ха-

¹ Между прочим нами описан анатомически обследованный случай ювенильного паралича с кровоизлиянием; между тем нами исследовано макро- и микроскопически несколько сот взрослых паралитиков и ни разу не было отмечено крупных кровоизлияний в мозгу.

рактер замкнутый, капризный. В возрасте 10 л. бессоница, усиленный онанизм, р. В. снова положительная, снова проделаны втирания. 12 лет кератит, снова специфическое лечение. В это время было два припадка, упала без сознания. После припадков речь была затруннена, с тех пор отмечена деградация: рассеянность, быстрая утомляемость. Б-ная до этого времени (1921 г.) училась недурно, после припадков перестала учиться, стала прожорлива, много спала. В июне 1924 г. menses, во время которых была беспокойна, вела себя нелепо, выбрасывала вещи на улицу. Status. Удовлетворительного сложения и питания, зрачки широки $d > s$, сухожильные рефлексы повышены. Оппенгейм, Бабинский, Россолимо справа. Почерк расстроен, пропуски букв, дрожание. Речь не расстроена. Дезориентирована, благодушна, неряшлива, плохо считает, конфабулирует, прожорлива; ест все, что попадет под руку, свое и чужое. Сексуальна, неустойчивое настроение, высокого мнения о себе и о своих способностях. В декабре привита малярия; в январе значительное улучшение, стала деловита, помогает в работе, спокойна, поведение правильное. Однако объективно со стороны нервной системы улучшения почти не отмечается. Спокойнее, держится более правильно, занимается в классе усердно; доступна, улучшилось внимание, недурно производит устный счет. Настроение ровное. 14/II 1925 г. выписана с улучшением.

Случай 31. Б-ной К., 13 лет, поступил 18/IX 1924 г. Отец болел сифилисом. Мать тоже. У обоих р. В. ++. У матери до рождения нашего больного 3 выкидыша на 7—8-м месяце. Наш больной родился недоношенным, была сыпь на теле. Развивался в общем правильно, учился удовлетворительно. До 7 лет проделано 3 курса специфического лечения. В возрасте 7 лет перенес малярию, были какие-то язвы на голени. Последние два года снова энергичное лечение, пять курсов втирания, вливания и пр. С 1922 г. р. В. все время держится положительной С весны 1923 г. отмечается вялость, был однажды припадок с потерей сознания без судорог, с повышением температуры, после чего был вял, сонлив. В дальнейшем было несколько приступов затемненного сознания, не узнавал окружающих, куда-то стремился, давал бессмысленные ответы. Status. Хорошего сложения и питания, лицо маскообразное, зрачки $d, > s$, полная неподвижность левого зрачка, слабая реакция справа. Парез левого п. facialis, сухожильные рефлексы повышены. Бестолков, плохо считает, память ослаблена, ориентировка неполная, добродушен, вял, легко плачет. Припадки с потерей сознания, но без судорог; падает, не может стоять на ногах. После этого оглушение в течение нескольких часов. 9/X привита малярия, результатов не получилось. 18/XII выписан без улучшения.

Случай 32. Б-ной К., 16 лет, поступил 8/V 1925 г. Отец алкоголик. У матери р. В. ++. Б-ной родился в срок, развивался правильно, рос крепким, не отставал; учился хорошо. Лет 12 стал плохо учиться, менялось настроение, частые переходы от смеха к плачу. Стал бестолков. 13 лет совсем оставил школу. В течение последнего года нелепые поступки, побеги из дому, столкновения с окружающими. Беспокоен, плохо спит, отсталость в росте в течение последних 2—3 лет. Status. Рост соответствует 12—13 годам. Диспластичен, щитовидная железа не прощупывается. Крипторхизм. Кожа вялая, сухая, морщинистая. Большие отложения жира на животе и бедрах, вес 35,8 кг. Сухожильные рефлексы понижены, $s < d$. Зрачки неравномерны, полная их неподвижность. Явления гипогенитализма и гипотиреоидизма. Речь неясная, смазанная. Общее понижение мускульной силы, дрожание. Язык отклоняется вправо, ослабление правого п. facialis. Малодушен, легко плачет, затем начинает смеяться. Легкий бред величия, переоценивает свои силы и умение. Привита малярия 19/XI. Благоприятных результатов не получилось. Выписан без улучшения 13/II 1926 г.

Случай 33. Мальчик С. поступил 1/I 1930 г. Из крестьянской среды. Отец и мать болели сифилисом в 1913 г. У отца в настоящее время р. В. отрицательна, у матери положительна (жалуется на головные боли по ночам). По линии матери туберкулез. У матери 7 родов: 1) дочь, отсталая, р. В. положительна, 2) мертворожденный, 3) наш больной, 4) умер от воспаления легких 1 г., 5) умер 2 мес., была сыпь на теле, 6) нервный, раздражительный, р. В. положительна.

Наш больной родился в срок, чистым, здоровым. Развивался правильно. Учился сначала хорошо. С 3-й группы стал плохо учиться, ухудшилась память, стал плохо читать и писать, перестал интересоваться занятиями. Исследование крови по Вассерману дало положительный результат. Лечился в больнице. За последние 2 года мальчик стал тупым, упрямым, грубым, лживым; стал воровать, стал забывчив, терял вещи, изменилась речь.

Больной атлетоидного телосложения с диспластическими чертами. Следы рахита. Периоститы на левой берцовой кости. Хронический правосторонний отит. Р. В. в крови и цереброспинальной жидкости (во всех разведениях) положительна (4+), белок 0,3%, Nonne-Appelt — положит., по Ланге — кривая прогрессивного паралича.

Анизокория, вялая реакция зрачков на свет, хорошая на аккомодацию и конвергенцию, дно глаза — N. Пателлярные рефлексы повышены, патологических нет; с ахилловых сухожилий: справа живой, слева abs. Чувствительность — N. Речь смазанная, неразборчивая, с носовым оттенком. При письме много ошибок, пропуски, повторения.

Со стороны психики отмечаются: снижение интеллекта, ослабление памяти и внимания, пониженная работоспособность, ослабленная критика, ничем не интересуется. Нелепое поведение, эмоционально туп, обижает младших детей, груб с родными, очень сексуален, что выражается в грубой форме, на замечания реагирует смехом. Повышено влечение к еде.

5/II 1930 г. Сделана прививка малярии, проделал 10 тяжелых приступов. После того было проведено еще лечение биохинолом (12 инъекций по 2,0—3,0) и затем неосальварсаном (8 вливаний — всего 2,8 г).

После лечения отмечено улучшение: появились интерес к труду, привязанность к родным, начал читать, работать, выразил желание учиться. По экспериментальным данным улучшились внимание и память. Сам больной отмечает, что после лечения он резко изменился, стал понятливее и работоспособнее. Особенно резко улучшилось физическое состояние, стал крепче, улучшился цвет лица, увеличилась мышечная сила, улучшились координация движений и походка, исчез симптом Ромберга, речь стала яснее. Остальные симптомы без изменения. Р. В. в крови и спинномозговой жидкости весной 1930 г. оставалась положительной. 24/V 1930 г. больной выписан. Жил в деревне, родители заметили резкое улучшение. Мальчик все лето работал наравне со взрослыми, был спокоен, общителен.

15/I 1931 г. мальчик поступил в клинику для проверки. Сильно вырос (на 8 см), еще больше поздоровел физически. Со стороны неврологической отмечена вяловатая реакция зрачков на свет, правая носогубная складка сглажена, отсутствие ахиллова рефлекса слева, вялая мимика, однотонная речь.

20/IV 1931 г. р. В. в крови отрицательна, в цереброспинальной жидкости с обычной дозой 0,2 — реакция отрицательная и лишь с большими дозами — положительная (т. е. реакция, обычно свойственная не прогрессивному параличу, а сифилису мозга). Белок — в жидкости 0,3 ‰, цитоз 5 $\frac{1}{3}$. Нонне-Аппельт — положительный. Со стороны психики — улучшение, отмеченное вскоре после лечения малярией, продолжает держаться. Данные экспериментального исследования показали улучшение по всем процессам. По школьным навыкам соответствует 5-му году обучения. Попрежнему отмечаются повышенные влечения, внушаемость, некоторая раздражительность. В общем следовательно имеется сравнительно незначительное стационарное снижение со стороны психики при наличии остатков неврологических симптомов. Тем не менее результаты лечения следует считать очень благоприятными, отразившимися на психике, соматике и даже на серологических реакциях.

Психические изменения на почве туберкулеза.

Туберкулезная интоксикация, столь часто наблюдаемая у детей, не вызывая обычно резких психических расстройств, несомненно является причиной некоторых более или менее выраженных изменений характера. Отмечаются быстрая утомляемость, неспособность сосредоточиться, раздражительность, неустойчивость настроения; иногда довольно резко бывает выражена депрессия или же апатия; эйфорическое состояние, которое считается особенно свойственным туберкулезным, встречается в сущности лишь в последней стадии болезни. Иногда отмечаются эпизодические галлюцинации, кошмары по ночам и т. п., но обычно дело не доходит до выраженного психоза; лишь изредка в случаях туберкулезного истощения наблюдаются аментивные состояния, как при острых инфекциях. Как постоянное явление при туберкулезной интоксикации следует отметить вегетативные симптомы (потливость, вазомоторные расстройства и пр.). При костном туберкулезе необходимость лежания и отчуждения ребенка от обычного образа жизни еще усиливает изменения характера, вызываемые интоксикацией. Некоторыми авторами высказывалось предположение о том, что

туберкулез имеет значение в этиологии шизофрении, которая якобы развивается на почве туберкулезной интоксикации. Такое предположение не имеет достаточных оснований. Возможность развития туберкулеза у шизофреников и шизофрении у туберкулезных козаболеваний и то обстоятельство, что предрасположение к той и другой болезни наиболее выражено у определенной по типу строения тела категории лиц — у астеников.

Указанные выше особенности и изменения психики связаны с общей интоксикацией, однако при туберкулезе, как известно, возможны и расстройства вследствие мозговой локализации процесса — это туберкулезный менингит и солитарный туберкул. Менингит представляет тяжелое, обычно кончающееся смертью мозговое заболевание, сопровождающееся повышением температуры, замедленным пульсом, резким исхуданием; вначале обычны головные боли и рвота; в дальнейшем развиваются апатия и сонливость; в конце болезни бывают судорожные явления.

Солитарный туберкул дает картину опухоли мозга и проявления его зависят от локализации, причем наблюдаются обычно те или другие очаговые симптомы.

ГЛАВА XI.

СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.

Симптоматические психозы при заболеваниях внутренних органов, являясь реакцией организма на соматическое заболевание, представляют в известной степени сходство с симптоматическими психозами при инфекциях. В обоих случаях психоз, как экзогенная форма реакции, не имеет самостоятельного значения и представляется лишь одним из проявлений (симптомом) общего заболевания организма, вследствие чего интенсивность, течение, прогноз, исход психоза находятся в теснейшей зависимости от основного соматического заболевания. Вместе с тем всякого рода хронические соматические заболевания в детском возрасте, ослабляя организм, влекут за собой нарушения обмена и разного рода **внутренние интоксикации**, что конечно отражается на развитии растущего организма, давая известную отсталость от сверстников, как соматическую, так и психическую, а, с другой стороны, является также причиной изменений характера. Самый факт длительного отстранения ребенка из-за болезни от общения со сверстниками и от школьных занятий не может не влиять на ход его психического развития. Эти общие неблагоприятные последствия длительных хронических заболеваний могут еще осложняться специальным воздействием данного соматического заболевания на психические функции. Так, при пороках сердца и расстройствах кровообращения нередко наблюдаются колебания настроения, приступы аффектов страха, кошмары, раздражительность, быстрая утомляемость. При почечных страданиях имеются определенные явления самоотравления, дающие в более тяжелых случаях ремические припадки и аментивные состояния.

Несомненны также аутоинтоксикационные явления при болезнях печени. Так, при желтухе отмечаются раздражительность, головные боли, явления оглушения, иногда помрачение сознания и двигательное беспокойство.

При желудочно-кишечных расстройствах, особенно у маленьких детей, нередко наблюдается резкая картина психических отклонений в виде раздражительности, плаксивости, иногда состояний возбуждения и эпилептиформных судорог (особенно в связи с наличием паразитов в кишечнике). Болезненные явления при расстройствах кишечника зависят не столько от токсических моментов, сколько от рефлекторных раздражений.

Наконец следует упомянуть об изменениях психики при менструациях (особенно первых) у девочек. Причины расстройств сложны: зависят от общих пертурбаций (часто аутоинтоксикационных) в организме, от вегетативных раздражений и наконец от психических причин, связанных с неприятными ощущениями и страхом перед этим непривычным явлением (особенно если своевременно девочка не была подготовлена и не получила необходимых разъяснений). В большинстве случаев дело ограничивается изменениями настроения, раздражительностью, повышенной утомляемостью, понижением работоспособности. Бывают и более тяжелые психические реакции в виде депрессий, навязчивых состояний, импульсивных поступков (возможны самоубийства).

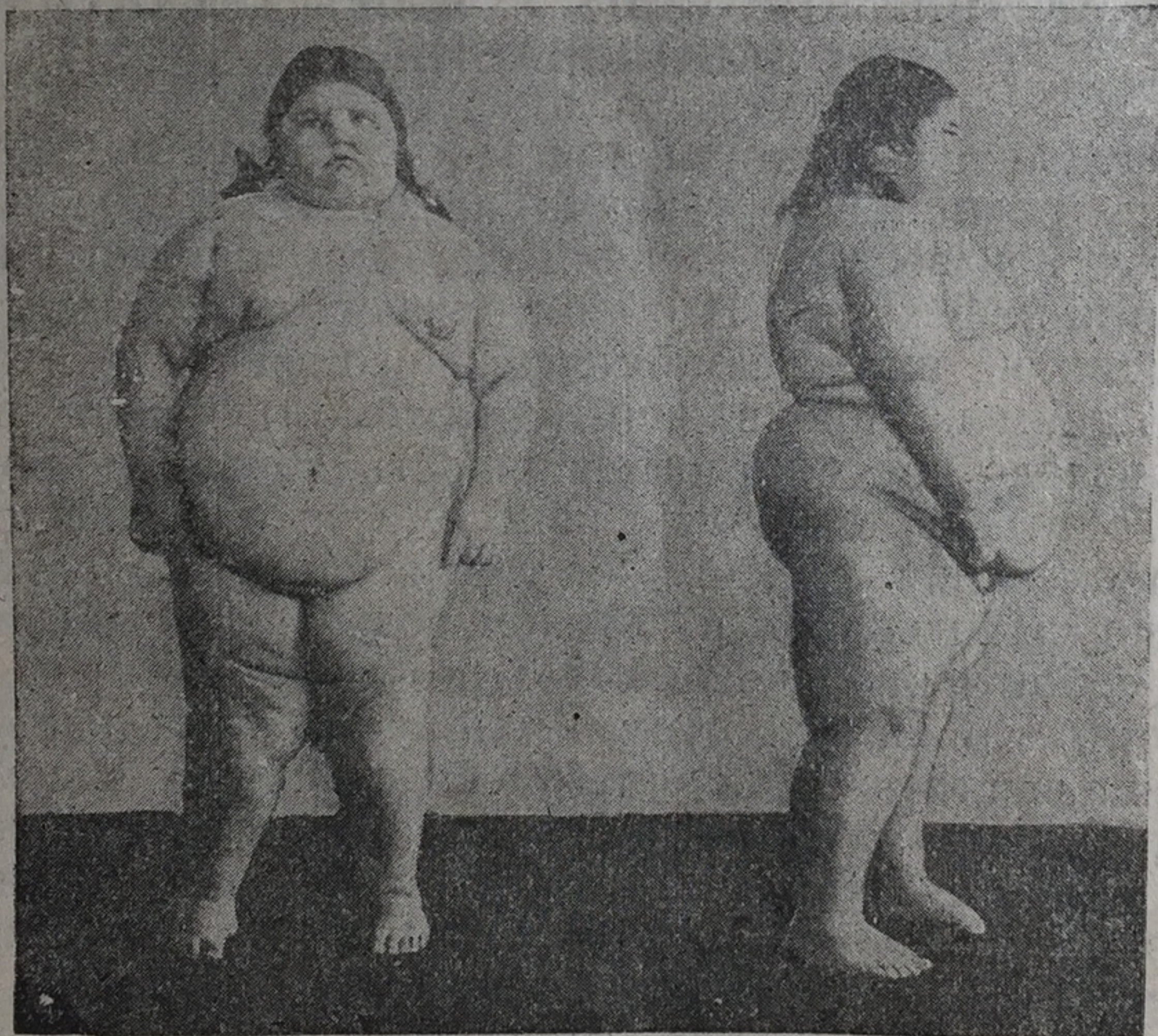


Рис. 2. Больная 15 лет. Вес 125 кг. Рост 143 см.
Конституциональное ожирение.

При конституциональном ожирении, иногда достигающем очень редких степеней (рис. 2), также отмечаются своеобразные особенности психики в виде вялости, апатии, отсутствия инициативы, состояний депрессии и пр. В этих случаях психические изменения частью зависят от аутоинтоксикационных моментов,

поступков (возможны самоубийства).

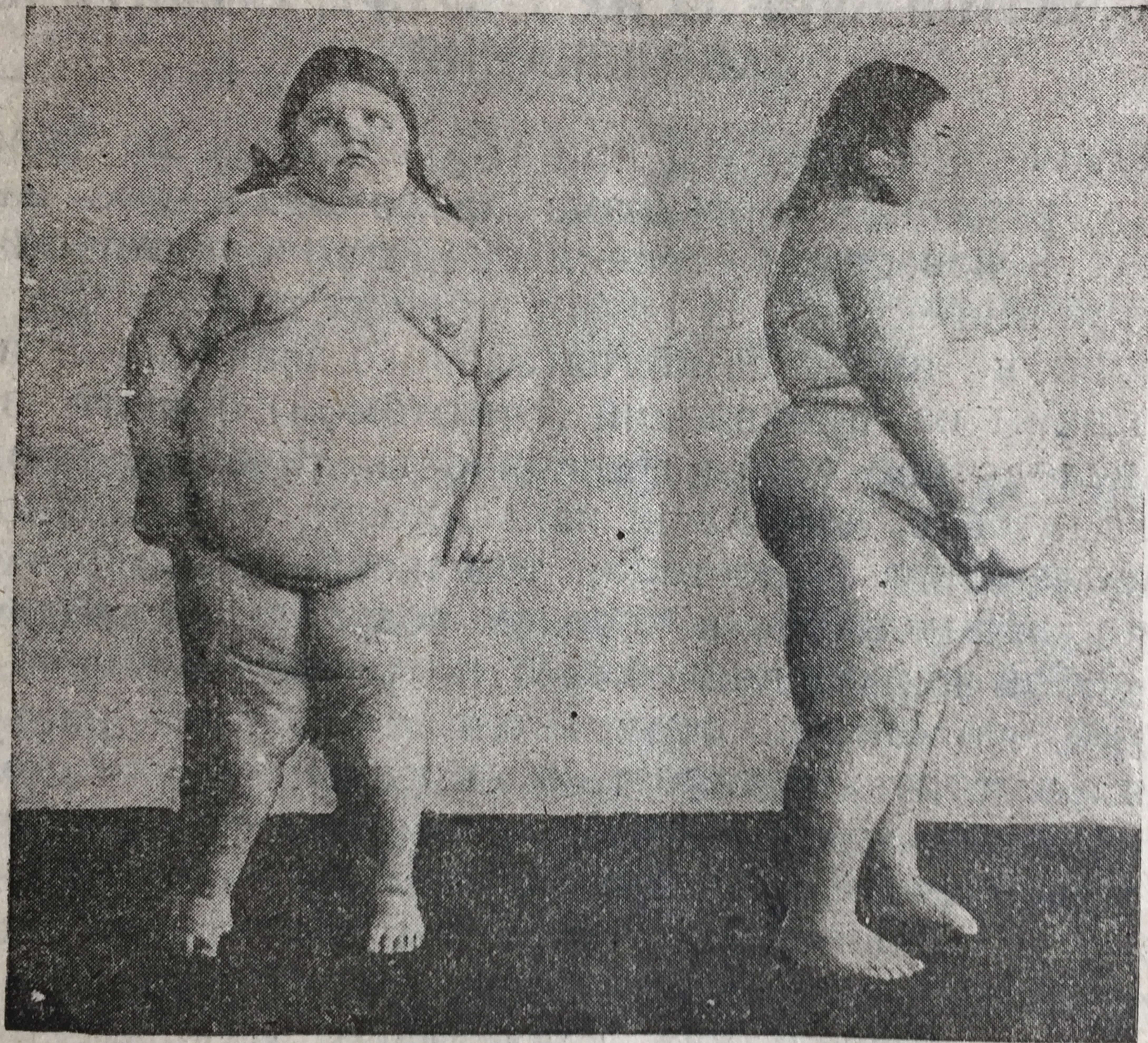


Рис. 2. Больная 15 лет. Вес 125 кг. Рост 143 см.
Конституциональное ожирение.

При конституциональном ожирении иногда достигают

связанных с нарушениями обмена, частью являются психогенной реакцией (сознание своего уродства), частью наконец могут быть следствием ограниченных двигательных возможностей, заставляющих больного вести почти неподвижную растительную жизнь.

Рахит. Особого рассмотрения требуют психические изменения при такой распространенной болезни детского возраста, как рахит. Основные симптомы этой болезни связаны с расстройствами обмена (в частности с недостатком кальция) и с нарушением некоторых внутрисекреторных функций (в частности паратиреоидной эндокринной железы, повидимому имеющей отношение к кальциевому обмену). Особенности скелета, мягкость костей, дряблость мускулатуры, замедление роста, двигательные расстройства, выражающиеся в задержке развития локомоторных функций и речи, склонность к судорожным явлениям (спазмофилия), наконец вегетативные расстройства (анемия, атония кишечника, потливость) — все эти соматические и неврологические симптомы рахита достаточно хорошо известны вследствие большой распространенности заболевания. Меньше внимания обращалось до последнего времени на психические особенности рахитиков. Мы не склонны считать подобно некоторым авторам (Марфан, Гульдшинский — Marfan, Hultschinsky), что существует особая психическая болезнь — *dementia rachitica*, „рахитофрения“, или же что у рахитиков наблюдаются кататония, ступор и т. п. серьезные психические явления; если такие симптомы налицо, то следует думать о диагнозе шизофрении, а не считать такие психические расстройства, встречающиеся у рахитиков, проявлением самого рахита. Однако несомненно, что все же более тяжелые рахитики не свободны от свойственных им психических изменений. У рахитиков могут наблюдаться, с одной стороны апатия, малоподвижность, недостаток интереса к окружающему, некоторая тупость, с другой стороны, расстройства настроения, раздражительность, аффекты страха. Недостаток движений, связанный с недоразвитием скелета и мускулатуры, способствует тому, что у рахитика могут до известной степени создаться интравертированный характер, склонность негативистически относиться к внешним раздражениям. Замедление в развитии речи еще больше усиливает такие особенности характера. Наконец длительное болезненное состояние в связи с указанными двигательными и речевыми недостатками несомненно в некоторых случаях способствует известной задержке умственного развития (обычно в очень нерезкой форме дебильности). В других случаях однако, наоборот, при известной интравертированности, малом участии рахитиков в детских играх и забавах, интеллект развивается дисгармонично, несоответственно возрасту; ребенок больше размышляет, чем действует; больше резонирует, чем играет; рассуждает, как взрослый имеет вид, манеры и суждения маленького старика,



Рис. 3. Непропорциональный карликовый рост при рахите. Больной 7 лет, рост 115 см.

игательные расстройства, выражающиеся
моторных функций и речи, склонность к
азмофилия), наконец вегетативные рас-
кишечника, потливость) — все эти сома-
симптомы рахита достаточно хорошо из-
распространенности заболевания. Мень-

до последнего
особенности ра-
считать подобно
фан, Гульдшин-
у), что сущест-
лезнь — демеп-
ия“, или же что
кататония, сту-
ческие явления;
ицо, то следует
ении, а не счи-
стройства, встре-
роявлением са-
мненно, что все
ки не свободны
еских изменений.
даться, с одной
жность, недоста-

ему, некоторая
ы, расстройства
ность, аффекты

ний, связанный с недоразвитием скелета
ует тому, что у рахитика могут до из-
интравертированный характер, склон-
оситься к внешним раздражениям. Замед-
е больше усиливает такие особенности

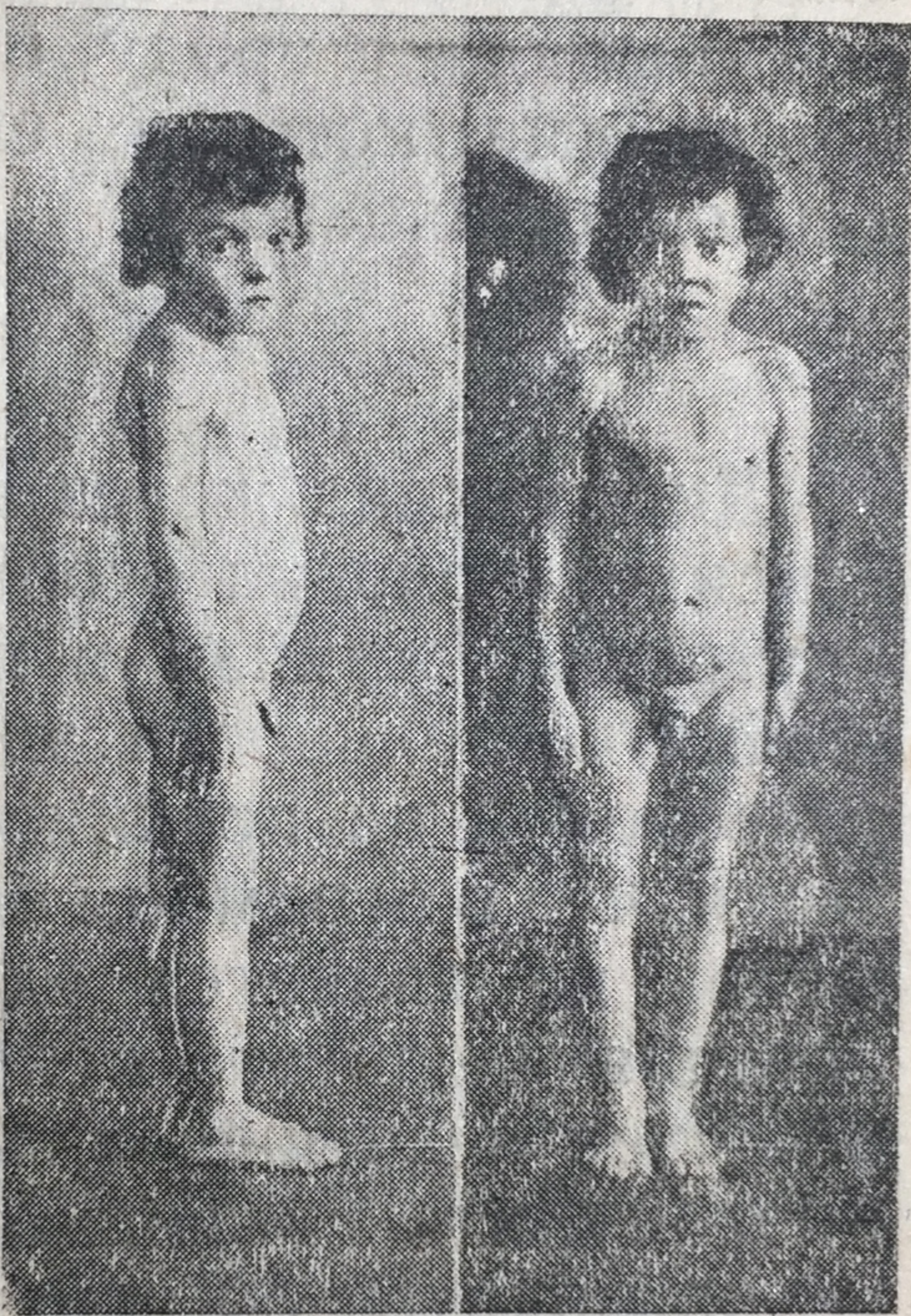


Рис. 3. Непропорциональный
карликовый рост при рахите.
Больной 7 лет, рост 115 см.

иное болезненное состояние в связи с

нередко удивляя окружающих способностью к абстрактному мышлению. Едва ли однако есть основание считать подобное дисгармоническое развитие утешительным.

В общем нужно сказать, что в огромном большинстве случаев с улучшением общего соматического состояния выравниваются и психические особенности и в дальнейшем ребенок может развиваться более или менее нормально. Состояний глубокой степени отсталости, зависящей исключительно от рахита, как признают некоторые авторы, в действительности не бывает, если нет осложняющих моментов, более глубоко нарушающих развитие мозговых функций.

В резких случаях тяжелого рахита, когда развитие скелета принимает особо уродливую форму и получается рахитический карлик, наблюдаются обычно не дефекты интеллекта, а особенности характера — подозрительность, злобность, параноидные черты, с одной стороны; склонность к шутовству, к остроумничанью (*Witzelsucht*) — с другой. Недаром из числа рахитических карликов в прежнее время вербовались придворные шуты. Эти изменения характера у рахитиков (подростков и взрослых) нужно считать главным образом психогенными, связанными с тем положением, которое выпадает уроду в окружающей среде, и с теми жизненными лишениями, которые ему приходится терпеть (например в сексуальном отношении).

ЭНДОКРИНОПАТИИ.

Дисфункция желез внутренней секреции имеет большое значение в психопатологии особенно растущего детского организма. Нарушая внутренний химизм и приводя к явлениям аутоинтоксикации, нарушения деятельности эндокринного аппарата отражаются и на соматическом и на психическом развитии ребенка. Нужно однако признать, что в огромном большинстве случаев дисфункция эндокринных желез не является единственной или основной причиной заболевания: чаще это осложняющий момент, имеющий большее или меньшее значение в конструкции той или иной болезни. Ясно поэтому, что связанные с такой дисфункцией болезненные явления не приходится обычно описывать отдельно; соответствующие данные входят в описание различных болезненных форм как одна из сторон общей картины болезни. Существует однако значительное число заболеваний, которые несомненно целиком почти основаны на дисфункции желез внутренней секреции; некоторые из этих форм, как поражающие субъекта в раннем детстве и дающие картину недоразвития, описаны нами в главе об эндокринопатических олигофрениях (кретинизм, монголизм). Здесь мы опишем другие формы эндокринопатий.

Дисфункция щитовидной железы.

Базедова болезнь (сл. 39) представляет заболевание преимущественно среднего возраста (большей частью у женщин). Однако несомненно заболевание это встречается и у детей, обычно от 10 до 15 лет. Болезнь является следствием гиперфункции щитовидной железы. Наблюдаются зоб, более или менее резко выраженный, сердцебиение, пучеглазие (*exophthalmus*), потливость, лабильность

вазомоторов, мелкое дрожание, резко повышенный газообмен и ряд патологических глазных симптомов: симптом Грефе (Graefe)— появление склеры над роговицей при опускании глазных яблок, когда больному предлагают смотреть вниз, симптом Мёбиуса (Moebius)— отставание глазных яблок при конвергенции глаз для фиксирования находящегося вблизи предмета, симптом Штельвага (Stellwag)— редкое мигание и симптом Дальримпля (Dalrymple)— широкие глазные щели.

Со стороны психики наблюдаются раздражительность, резкое колебание настроения больше в сторону маниакальных состояний; нередко бывают приступы страха. Больные делаются неспособными, быстро утомляются от мышечного напряжения, питание их постепенно падает. Течение болезни длительное с колебаниями.

Лечение антитиреоидином (0,1—0,2 по 2—3 раза в день), осторожное применение иода, электризация щитовидной железы и пр. нередко дают хорошие результаты.

От базедовой болезни отличают так называемый базедовоид, также повидимому связанный с дисфункцией щитовидной железы, но протекающий при менее явной базедова болезнь. Наблюдается увеличение щитовидной железы; пучеглазие имеются некоторая лабильность настроения (чаще в сторону депрессии базедовой болезни), истероидные



Рис. 4. Базедова болезнь. Больная 15 л.
Виден зоб.

С л у ч а й 39. Б-ная Г., 12 $\frac{1}{2}$ лет. Поступила 30/XII 1925 г. В наследственности кроме алкоголизма отца и некоторых родственников ничего особенного. Родилась до срока 8 месяцев, слабой. В раннем детстве болезненно раздражительна, но развивалась физически и психически довольно правильно. Учится удовлетворительно. Год назад появилась припухлость на шее, которая увеличилась, после стала жаловаться на одышку, сердцебиение, похудела, стала очень нервной, раздражительной, быстро утомлялась. С осени 1925 г. не учится. Телосложение атлетическое, увеличена щитовидная железа, пульс 110—115, респираторная аритмия, сильная потливость, синюшность конечностей, симптом Ашнера. Движения порывисты, мимика живая, тремор век и рук, сухожильные и кожные рефлексы повышены, зрачки широки с живой реакцией, блестящие глаза, дерматографизм, сон беспокойный, говорит во сне, вскрикивает. Возбуждена, беспокойна, общительна, очень болтлива, кокетлива, весела, внимание быстро отвлекается, временами раздражительна, ипохондрические жалобы. Терапия: иод с иодистым калием, электризация желез. Выписана с некоторым улучшением 11/III 1926 г. Диагноз: Morbus Basedowi.

При гипofункции щитовидной железы, если расстройство обнаруживается с раннего детства, развивается **кретинизм**, характери-

симптомов: симптом Грефе (Graefe) — появ-
вицей при опускании глазных яблок, когда
мотреть вниз, симптом Мёбиуса (Moebius) —

блок при
фиксиро-
изи пред-
ага (Stel-
симптом
) — широ-

и наблю-
ость, рез-
ия больше
ых состо-
приступы
ются не-
ро утом-
напряже-
пенно па-
лительное

еоидином
ень), осто-
а, электри-
зы и пр. не-
результаты.
отличают
д о в о и д,
связанный

идной же-
ри менее ярких и определенных симптомах, чем
блюдается обычно лишь нерезкое увеличение
учеглазие слегка выражено или отсутствует;
омоторов, неустойчивость настро-



Рис. 4. Базедова болезнь. Больная 15 л.
Виден зоб.

зующийся задержкой физического и психического развития, вследствие чего эта форма описана нами в главе об олигофрении (см. выше). При позднее начинающейся гипофункции щитовидной железы развивается так называемая **микседема взрослых**, но эта форма может наблюдаться также у детей (старшего возраста) и подростков.

Соматическая картина микседемы очень характерна. Особенно бросается в глаза пастозность кожи; инфильтрация кожи и подкожной клетчатки особенно заметна на лице, кистях, стопе. Над ключицей набухлость кожи образует иногда так называемые псевдолипомы. При этом кожа сухая, морщинистая, бледножелтоватого цвета.



Рис. 5. Микседема.
Б-ной 18 лет. Рост соответствует 9 годам.

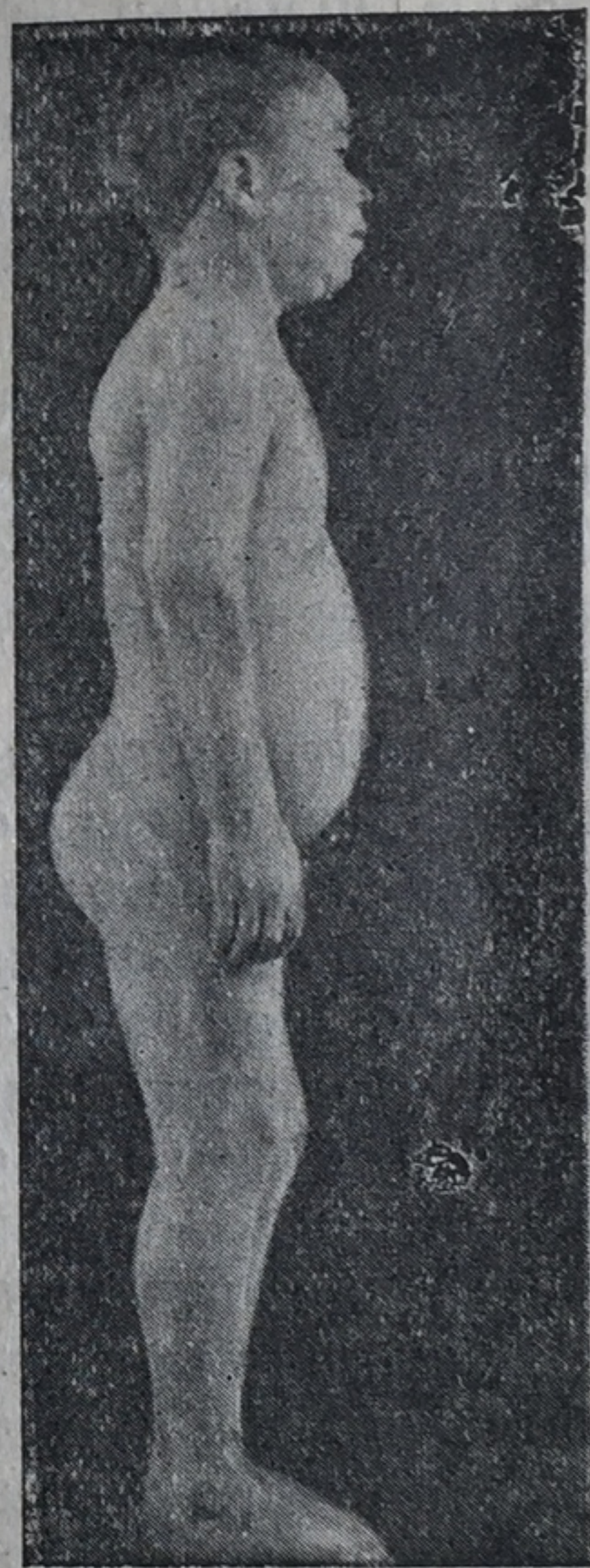


Рис. 6. Микседема.
Тот же больной, что на рис. 5.

Вследствие одутловатости лицо принимает выражение тупости. Волосы хрупкие, легко выпадают, особенно в наружной части бровей (симптом Леви-Ротшильд); ногти трофически поражены. Температура обычно ниже нормы. Кровяное давление понижено. Наблюдаются запоры. Обмен веществ (белковый, водный и солевой), а также газообмен понижены. Общий рост тела замедлен. Мышечная сила понижена. Походка медленная, движения вялые. Со стороны психики отмечаются общая вялость, замедление психических процессов, повышенная утомляемость, ослабление памяти. Возможны и более резкие психические изменения — большей частью с характером депрессии. В более легких случаях психические изменения нерезки, больные учатся и в общем ведут себя правильно, отличаясь лишь некоторою вялостью. Непосредственной причиной микседемы явля-

и ческая...
ся в глаза пастозность кожи; инфильтрация кожи и под
тчатки особенно заметна на лице, кистях, стопе. Над
абухлость кожи образует иногда так называемые псев
При этом кожа сухая, морщинистая, бледножелтоватого

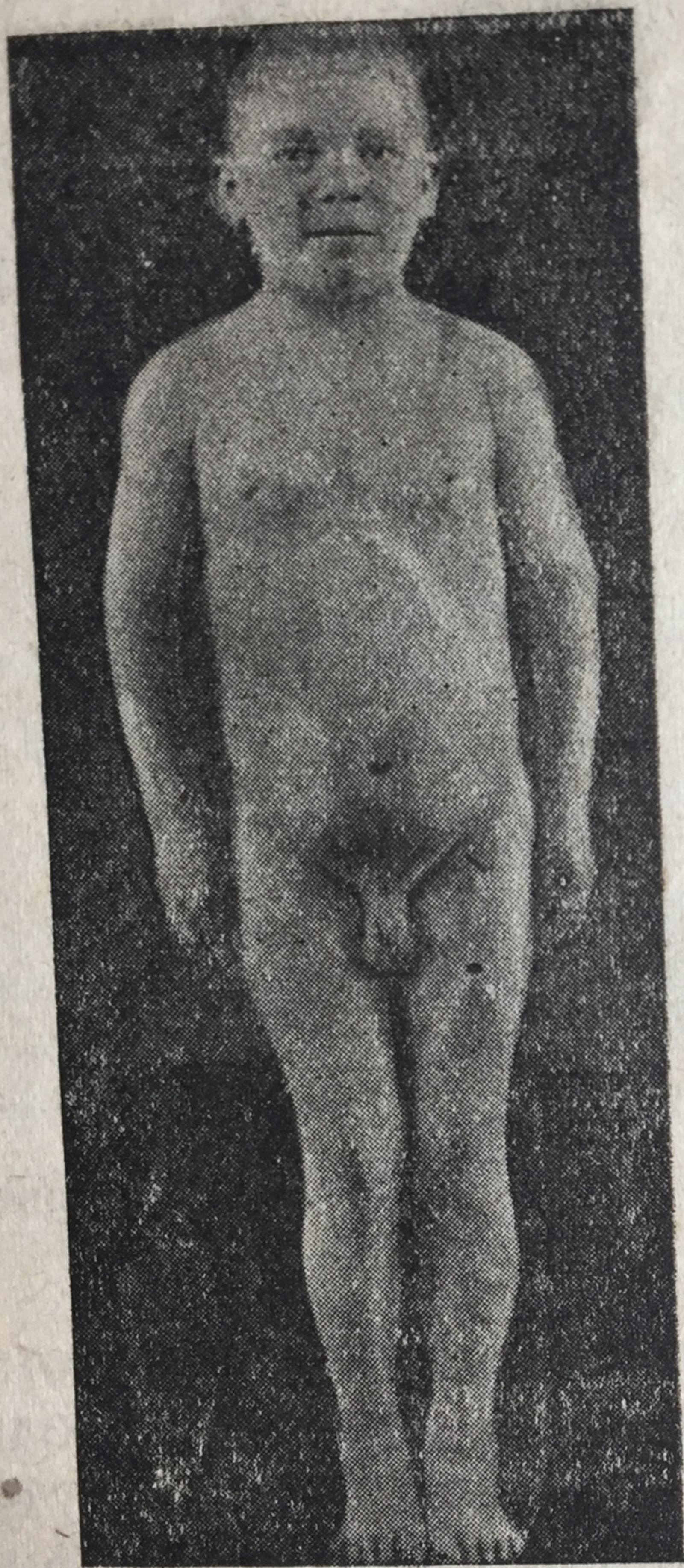


Рис. 5. Микседема.
Б-ной 18 лет. Рост со-
ответствует 9 годам.



Рис. 6. Микседема.
Тот же больной, что
на рис. 5.

едствие одутловатости лицо принимает выражение тупости. Л
крупкие, легко выпадают, особенно в наружной части бр
птом Леви-Ротшильд); ногти трофически поражены. Темпер
чно, кожа холодная.

ется атрофия щитовидной железы, причем анатомически находят разрастание фиброзной ткани. Этиология в большинстве случаев связана с различными инфекциями.

Лечение основано главным образом на применении тиреоидина (по 0,1 три раза в день). Лечение должно быть длительным, под постоянным врачебным контролем. Следует следить за весом больного (от тиреоидина худеют) и иметь в виду возможность тиреотоксических симптомов (головные боли, поносы, головокружение, сердечные расстройства, дрожание).

Дисфункция паращитовидной железы.

Тетания зависит от недостаточности паращитовидной железы, что особенно ясно доказывается на случаях развития тетании в связи с удалением этой железы во время операций. Соматически тетания выражается наличием тонических судорог чаще всего на концах конечностей, наблюдаются также спазм мышц лица и ларингоспазм (у малых детей). Вместе с тем отмечается резко повышенная возбудимость мышц (механическая и электрическая), симптомы Хвостека, Труссо и Эрба. Судороги протекают без нарушения сознания.

Со стороны психики отмечаются в легких случаях незначительные изменения в виде повышенной утомляемости, раздражительности, рассеянности, бессонницы, слегка подавленного настроения. В более тяжелых случаях бывают возбуждение, связанное со страхом, галлюцинаторная спутанность, резкое моторное беспокойство, сумеречное состояние сознания, напоминающее эпилептическое. Такие психические расстройства при тетании могут продолжаться несколько недель.

Некоторые авторы указывают на близость тетании к эпилепсии, на их общую конституциональную почву (спазмофилия) и на возможность перехода одной болезни в другую. Однако эта теория не выдерживает критики. В частности тетания не ведет к характерному эпилептическому слабоумию. Тетания развивается вследствие поражения паращитовидной железы в связи с инфекциями или же с иными часто неясными вредными моментами. Иногда тетанические явления развиваются при эпидемическом энцефалите. Вопрос о том, каким образом недостаточность паращитовидной железы вызывает тетанию, объясняется нарушением кальциевого обмена, который в норме регулируется этой железой; усиленное выделение солей кальция повышает нервно-мышечную возбудимость. Возможно также, что при недостаточности паращитовидной железы в организме накапливаются яды (гуанидин), обычно нейтрализующиеся этой железой. Для тетании характерно повидимому также нарушение щелочно-кислотного равновесия в сторону алкалоза. Симптоматическая тетания развивается поэтому при гипервентиляции и при патологических состояниях, сопровождающихся алкалозом. Чаще же всего тетания наблюдается у рахитических детей.

Распознавание обычно не представляет затруднений. От эпилепсии тетанические судороги отличаются тем, что протекают при ясном сознании и нет характерных изменений психики, свойственных эпилептикам. Похожи на тетанические—судороги при эрготизме, но там иная этиология (отравление), судороги не столь характерно

локализуются на концах конечностей, имеются нередко эпилептиформные припадки, состояния отупения, понижение сухожильных рефлексов и пр. От тетануса тетания отличается тем, что при первом имеется высокая температура, тризм жевательных мышц.

Лечение тетании сводится к применению препаратов парашитовидной железы (паратиреоидин) и солей кальция (CaCl_2). Пробовали также пересадку щитовидной железы животных, но трансплантированная железа быстро резорбируется, так что результаты не оправдывают производства такой операции. Тетания, связанная с рахитом, излечивается обычными антирахитическими мероприятиями.

Случай 40. Мальчик С., 16½ лет, поступил в клинику 5/II 1931 г. Учится в 6-й группе. Из культурной рабочей среды. Отец много лечился от нервных болезней, однажды болел психически, поправился; умер от тифа. Мать здорова, но по ее линии, отмечаются нервность, истерия. Сестра больного в детстве страдала спазмофилией, другая сестра страдает туберкулезом. Больной родился преждевременно (7 месяцев). Беременность и роды протекали в очень тяжелых условиях (во время войны в прифронтовой полосе). В раннем детстве — слабый, нервный, плаксивый. Рахит, ряд инфекций (воспаление легких, дизентерия, ветрянка, коклюш, корь, скарлатина), 7 лет сильный испуг, после чего были сведены руки и ноги в течение 3 дней. Назначены были бром, ванны, и эти явления прошли. Учится с 8 лет, способности ниже средних. По характеру мягкий, застенчивый, скрытный, медлительный, несколько вялый.

По словам мальчика он уже давно замечал, что при волнении у него сводило руки, в 1929 г. такие же приступы появились и в ногах, но он эти явления скрывал от окружающих. С февраля 1930 г. приступы судорог в руках и ногах стали частыми и сильными, ясно заметными для всех. Зимой судороги чаще, чем летом, бывают только днем, всегда при ясном сознании; вызывающие причины разнообразны: холод, быстрое резкое движение, волнение; иногда же приступы наступают без всякой видимой причины. Приступы (по наблюдениям в клинике) протекают следующим образом: тонические судороги в мышцах кистей (иногда получается „рука акушера“) и в ногах, ноги скрещиваются как при спазме аддукторов, стопы вытягиваются в резком подошвенном сгибании, причем пальцы иногда расходятся веерообразно; в коленях сгибание и разгибание. Вообще гипертония значительно сильнее в ногах, чем в руках; если больной сидит на стуле, то может упасть, но обычно удерживается активными усилиями. Дыхание затрудняется, лицо становится цианотичным и напряженным, грудь также краснеет; выступает пот. Сознание всегда ясное. Приступ заканчивается расслаблением мышц, больной глубоко вздыхает и возвращается к прерванному делу. Продолжительность припадка ½—1 минута.

Соматически мальчик развит хорошо, сложение атлетоидное. Осанка и походка несколько напряженные, движения медленны и осторожны, так как больной постоянно в тревожном ожидании приступа. Сухожильные рефлексы повышены, кожные и со слизистых — живые. Зрачки — N. Много вегетативных симптомов (стойкий дермографизм, повышенная игра вазомоторов, сальность лица). Ясно выражены симптомы Хвостека, Труссо и Эрба. Количество кальция в сыворотке и в моче ниже нормы, количество калия выше нормы. Р. В. в крови отрицательна.

Со стороны психики напряженное тревожное настроение, удручен своей болезнью, мнителен. Интеллект — невысокая норма, работоспособность по существу не снижена.

Припадки в начале пребывания в клинике частые, по несколько в день. Назначены постельное содержание, ежедневные ванны, хлористый кальций (внутривенные вливания по 1 см³ 10% раствора), parathyreoidin — 2 таблетки в день. За время пребывания в клинике припадки стали значительно реже, самочувствие улучшилось, постельный режим отменен, принимает участие в жизни коллектива. 28/IV выписан в удовлетворительном состоянии и находится под диспансерным наблюдением.

Гипофизарные расстройства.

При заболеваниях гипофиза возможны разнообразные формы в зависимости от того, какая из долей гипофиза оказывается пораженной. При гиперфункции передней доли наблюдается избыточный рост всего организма — **гигантизм** или же конечных частей („акра“) — **акромегалия**. При гигантизме и со стороны психики от-

мечаются особенности в виде психической инфантильности, аффективной неустойчивости, недостаточной активности, беспомощности, часто интеллектуальной недостаточности.

Акромегалия характеризуется чрезмерным ростом костей и мягких частей головы, рук, ног, при этом именно концевых частей: большой нос, язык, выдающиеся скулы и нижняя челюсть (прогнатизм), большие уши, кисти, стопы. Кроме того у этих больных нередко отмечаются кифоз, пигментация кожи, повышенная волосистость, недоразвитие половых органов. Со стороны психики наблюдаются ослабление внимания и памяти, понижение инициативы, апатия, эмоциональное безразличие. В тяжелых случаях, когда в основе болезни опухоль гипофиза, отмечаются головные боли, битемпоральная гемианопсия, причем в дальнейшем течение болезни зависит от роста опухоли. В более благоприятных случаях аденоматозное увеличение гипофиза сравнительно незначительно и не имеет склонности к быстрому росту. С точки зрения диагноза важна рентгенограмма, показывающая увеличение турецкого седла вследствие давления увеличенного гипофиза. Болезнь начинается в молодом возрасте, часто у подростков. Характерно, что у подростков и в норме нередко отмечаются акромегалоидные явления, конечно в слабой степени, в виде увеличения носа, кистей, стоп и других концевых частей; в дальнейшем эта неравномерность развития частей тела сглаживается. Можно думать, что у подростков бывает некоторая гиперфункция передней доли гипофиза, тем более, что и все тело в этом возрасте обнаруживает быстрый рост (намек на тенденцию к „гигантизму“).

При гипофункции передней доли гипофиза, наоборот, наблюдается карликовый рост—**нанизм**. Помимо задержки роста при нанизме наблюдаются гипоплазия половых желез, ожирение, со стороны психики задержка развития, инфантилизм.

Адипозо-генитальная дистрофия является результатом гипофункции средней и задней долей гипофиза. Эта форма с соматической стороны характеризуется ожирением (с преимущественным отложением жира на животе, груди) и гипоплазией половых органов. Со стороны психики отмечаются большая или меньшая степень недоразвития, понижение памяти и способности к запоминанию, вялость, равнодушие к окружающему, иногда эйфория. Течение гипофизарных расстройств хроническое. Прогноз зависит от опухолей, более или менее медленно развивающихся. Гипофизарные расстройства бывают также при гидроцефалии, при эпидемическом энцефалите и других инфекциях.

Лечение. Во многих случаях хорошие результаты дает специфическая органотерапия препаратами гипофиза (той или иной доли в зависимости от формы заболевания). При опухолях применяют иногда с успехом лечение лучами Рентгена и радием, а также оперативное вмешательство (удаление опухолей).

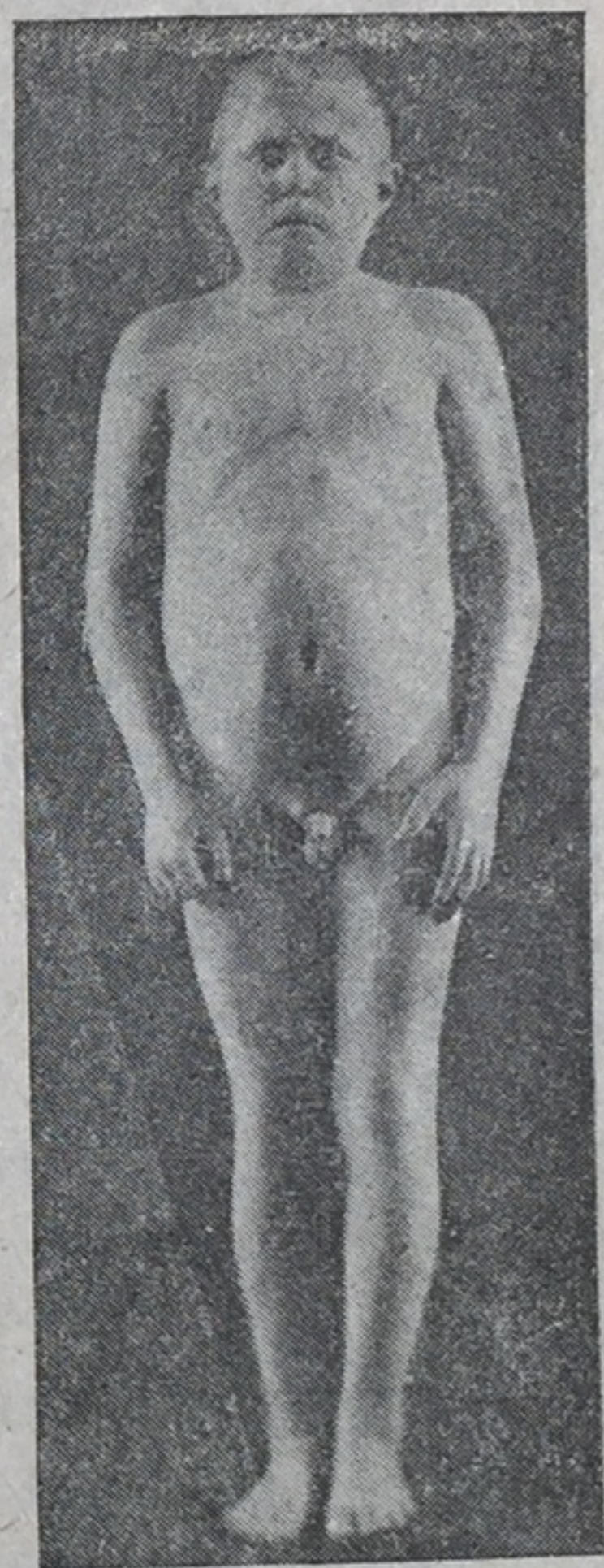


Рис. 7. Гипофизарный нанизм. Б-ной 19 лет. Рост соответствует 9 годам.

личие. В тяжелых случаях, когда в гипофиза, отмечаются головные боли, причем в дальнейшем течение бо-
оли. В более благоприятных случаях гипофиза сравнительно незначительно
тормозит росту. С точки
тенограмма, показы-
го седла вследствие
физа. Болезнь начи-
часто у подростков.
в и в норме нередко
е явления, конечно
личения носа, кистей,
тей; в дальнейшем эта
остей тела сглажива-
у подростков бывает
едней доли гипофиза,
в этом возрасте обна-
амек на тенденцию к

дней доли гипофиза,
иковый рост—**нанизм**.
нанизме наблюдаются
ожирение, со стороны
инфантилизм.

истрофия является ре-
едней и задней долей
соматической стороны
(с преимущественным
оте, груди) и гипопла-

стороны психики отме-
вшая степень недоразвития, понижение
поминанию, вялость, равнодушие к окру-
Течение гипофизарных расстройств хро-

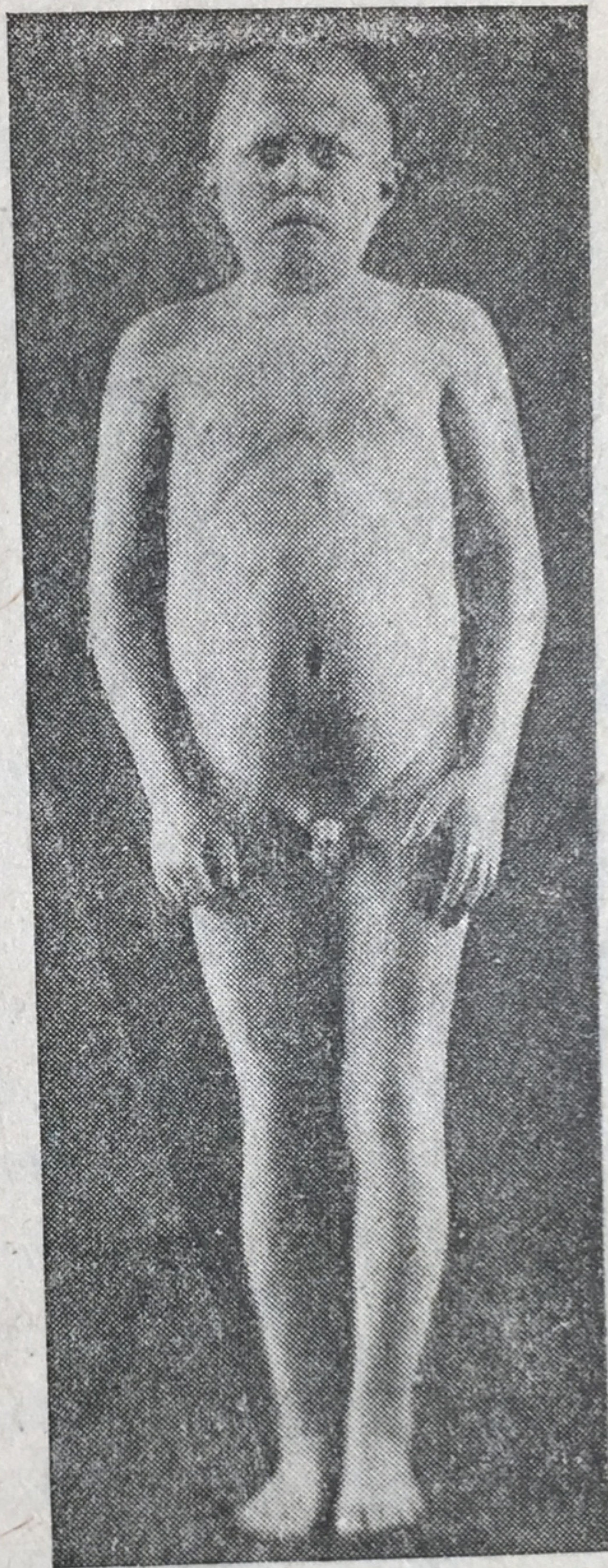


Рис. 7. Гипофизар-
ный нанизм. Б-ной
19 лет. Рост соот-
ветствует 9 годам.

Эпифизарные расстройства.

При гипофункции эпифиза наблюдаются усиленный рост организма и преждевременное половое созревание (*pubertas praecox*). У детей очень рано развиваются вторичные половые признаки. Вместе с тем наблюдается и преждевременное психическое развитие; в дальнейшем однако наступает слабоумие. Течение всегда неблагоприятно, так как болезнь связана с развитием опухоли в эпифизе. Нужно думать, что в норме эпифиз тормозит, регулирует развитие организма, вследствие чего поражение этой железы вызывает преждевременное развитие. Лечение безнадежно.

Дисфункция половых желез.

Влияние половых желез на психику неоспоримо, хотя и неодинаково всеми оценивается. Известно, что кастрация человека, как и животных, ведет к ряду психических и соматических изменений.



Рис. 8. Гипогенитализм. Б-ной 10 лет. Рост соответствует 14 годам, вес 51 кг.

Изменения в организме и психической деятельности во время пубертатного периода в значительной мере также приходится относить к влиянию развивающихся половых желез. Несомненно, что и в более раннем возрасте у детей внутрисекреторная деятельность этих желез оказывает влияние на рост организма и на развитие психики. При частичной недостаточности функции половых желез у детей наблюдаются явления так называемого гипогенитализма. Соматически в таких случаях наблюдается диспластическое телосложение с гипогенитальными стигмами, а именно: диспропорция скелета — превалирование нижней длины (*Unterlänge* — от лобкового сочленения до пола) над верхней (*Oberlänge*), превалирование размаха рук над ростом, женский тип отношения ширины плеч к ширине таза и женский тип таза у мальчиков. Далее гипогениталам свойственны недоразвитие половых органов, элективное отложение жира, синюшность конечностей, мраморность кожи, инфантильный профиль лица, а также — недостаточность психомоторики. С психической стороны такие дети робки, застенчивы, эмоционально неустойчивы, легко плачут, неспособны к длительным напряжениям, мало активны. Будучи доступными и общительными, они однако плохо приспособляются к детскому коллективу, часто являясь предметом насмешек вследствие своей неловкости и робости. Интеллектуально они обычно в пределах нормы,

несмотря на ослабленное внимание и инфантильное мышление конкретного типа. Интересы их ниже возраста. Нередко отмечается склонность к резонерству и остроумничанию. Заинтересованность противоположным полом понижена. Такой соматопсихический синдром гипогенитализма в большом числе случаев является фазой в развитии ребенка (Серейский, Крылова), причем с возрастом ги-

Влияние половых желез на психи-
ково всеми оценивается. Известно
животных, ведет к ряду психич

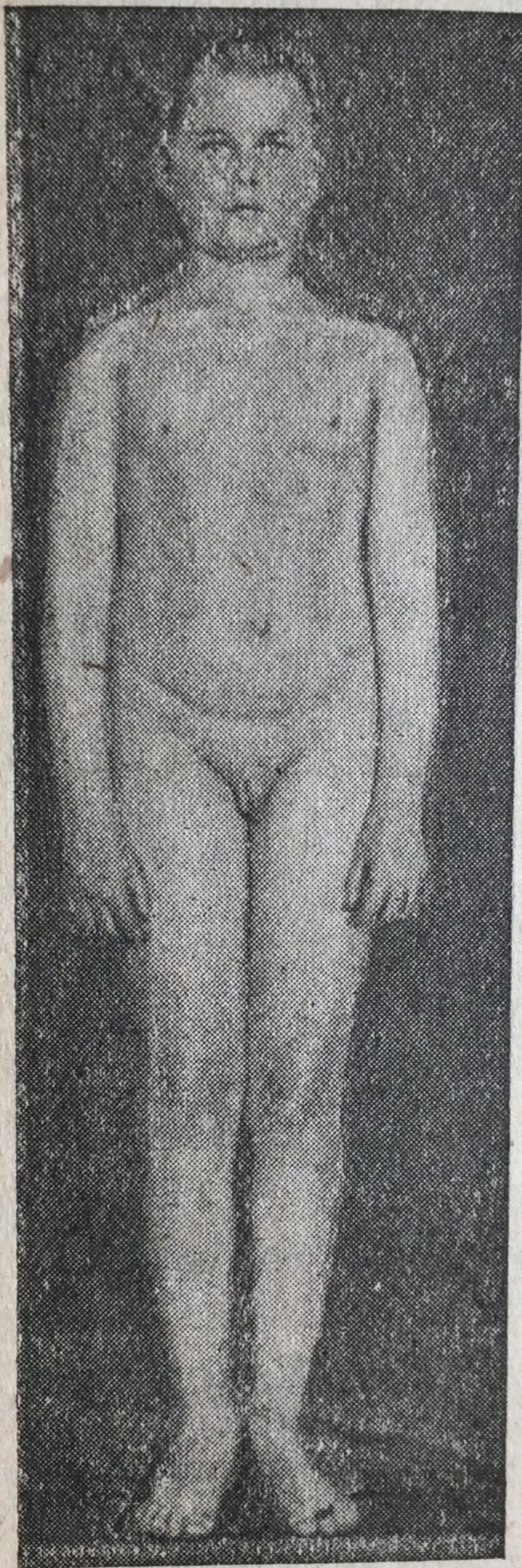


Рис. 8. Гипогенита-
лизм. Б-ной 10 лет.
Рост соответствует
14 годам, вес 51 кг.

Изменения в ор-
ности во время
тельной мере та
янию развивающ
что и в более ра
секреторная дея
влияние на рост
хики. При части
половых желез у
называемого гипо
случаях наблюдае
с гипогенитальны
порция скелета —
(Untperlänge — от л
над верхней (Obe
рук над ростом, м
плеч к ширине та
ков. Далее гипог
витие половых орга
синюшность конечн
тильный профиль
психомоторики. С
робки, застенчивы
легко плачут, несп
ниям, мало активн
тельными, они од
к детскому коллек
насмешек в следств
Интеллектуально о

несмотря на ослабленное вниман

погенитальные черты обычно сглаживаются, и происходит гармонизация со стороны соматики и психики; перелом может произойти в пубертатном возрасте или несколько позже. Причины гипогениализма не выяснены; имеют значение наследственность, но вероятно и экзогенные моменты.

Более тяжелые и стойкие случаи, связанные с выпадением внутрисекреторной функции половых желез, носят название **евнухоидизма**, характеризующегося соматически аплазией или гипоплазией половых органов, евнухоидным гигантизмом или же евнухоидным ожирением, диспропорцией скелета (преобладанием нижней половины тела), асексуальным тазом, дряблостью мышц и кожи. Со стороны психики при сохранности интеллекта отмечаются раздражительность, эгоцентричность, склонность к антисоциальным поступкам, что впрочем умеряется вялостью и пассивностью. Евнухоидизм может быть врожденным (как более резкая степень гипогениализма, описанного выше) или же развивается в результате заболевания половых желез, тяжелых травм, кастрации (кастрация иногда производится с лечебной целью, например при туберкулезном поражении желез). Лечение — органотерапевтическое — препаратами желез. Пробовали пересадку под кожу половых желез животных, но пересаженные железы обычно быстро рассасываются.

Дисфункция надпочечников.

При поражении надпочечных желез и гиперфункции их коркового вещества у детей наблюдаются преждевременное половое созревание, ожирение, раздражительность, повышенная возбудимость. В дальнейшем эти явления сменяются отупением, подавленностью. Дело идет обычно об опухолях, которые требуют оперативного вмешательства. Аплазия надпочечников и гипофункция их медуллярного вещества (хромафинной системы) при туберкулезном поражении железы ведет к **аддисоновой болезни**, характеризующейся исхуданием, бронзовой окраской кожи, резкой адинамией мышц, понижением кровяного давления. Со стороны психики наблюдается сначала повышенная возбудимость, в дальнейшем апатия, вялость, понижение аффективности, сонливость, иногда состояния спутанности и эпилептиформные припадки. Исход — смерть при явлениях кахексии. У детей аддисонова болезнь не бывает, но возможна у подростков. Применение адреналина улучшает некоторые симптомы.

Дисфункция thymus.

При недостаточности thymus наблюдается у детей задержка развития, в резких случаях доходящая до степени *idiotia thymica*. При этом отмечаются малый рост, одутловатость, недоразвитие половых органов, слабость мышц, хрупкость костей. При гиперплазии thymus или же при излишней длительности ее функции (в норме она атрофируется приблизительно к 7 годам, являясь таким образом специальной железой детского возраста) наблюдается так называемый *status thymico-lymphaticus*, характеризующийся *thymus persistens*, гиперплазией лимфатической ткани, излишним ростом в длину,

а также нервною, повышенной возбудимостью и пр. Такие случаи обыкновенно выравниваются, являясь лишь фазой в развитии ребенка.

ГЛАВА XII.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В СВЯЗИ С ОТРАВЛЕНИЯМИ.

Психические изменения, связанные с интоксикацией ядами, так или иначе проникающими в организм извне, играют, как известно, очень большую роль в психопатологии взрослых. В детском возрасте значение интоксикаций сравнительно невелико, так как главные и наиболее частые виды отравления необычны для детского возраста; мы имеем в виду отравления профессиональные при плохой организованной защите рабочих от действия ядов, с которыми им приходится соприкасаться, и интоксикацию наркотиками с целью опьянения и искусственного возбуждения. Возможности интоксикаций в детском возрасте способствует в капиталистических странах недостаточная защита труда малолетних; в СССР интоксикации у детей и подростков наблюдались среди беспризорных и исчезают по мере ликвидации беспризорности.

Алкоголизм у детей и подростков нередко является причиной изменения характера, а иногда и психических расстройств. Дети-алкоголики постепенно тупеют, опускаются, делаются раздражительными, грубыми, склонными к аффективным вспышкам; особенно часты изменения настроения, слезливое слабодушие, апатия. Далее у них расстраивается питание, развиваются малокровие, катарр желудка, задерживается общее физическое развитие. Особенно вредно отражается алкоголизм на эпилептиках и психопатах, у которых нередко наблюдаются состояния патологического опьянения с последующей амнезией. Очень конечно редкое явление у детей и даже подростков белая горячка, характеризующаяся массовыми зрительными галлюцинациями, дезориентировкой, бессонницей, резким дрожанием, страхом и двигательным возбуждением. Еще реже алкогольные галлюцинозы (с многочисленными слуховыми галлюцинациями и развитием систематизированного бреда преследования при ясном сознании). Риттергауз описал галлюциноз у 11-летнего мальчика, Паппенгейм — у 17-летнего.

Наблюдаются также случаи злоупотребления **кокаином** (сл. 41). Непосредственное действие этого яда — опьянение, возбуждение с приятным чувством теплоты и ощущением общего блаженства; двигательные функции сначала повышаются, затем угнетаются. Большие дозы ведут к делириозным состояниям возбуждения с склонностью к внезапным коллапсам. При длительном злоупотреблении кокаином у субъекта появляются подавленное настроение, сердцебиение, общая слабость, неспособность к труду, нервное возбуждение, ослабление памяти, повышение восприимчивости к звуковым раздражителям, колебания настроения, беспорядочная суетливость, при неспособности к систематическим занятиям. Вместе с тем резко ухудшается общее физическое состояние больного; питание ослабляется, вес падает, кожа делается вялой,

морщинистой; наблюдаются вялая мимика, шаткая походка, общая усталость, быстрая утомляемость, повышение сухожильных рефлексов, иногда судорожные подергивания в мышцах, сердцебиение, обмороки. Крепелин упоминает о 14-летнем мальчике, у которого наоблюдались частые приступы головокружения, недержание мочи, делириозная спутанность и временами галлюцинации. В резких случаях так называемое кокаинное помешательство выражается в зрительных и слуховых галлюцинациях, в ощущениях зуда в коже; больным кажется, что их электризуют, что у них под кожей насекомые, острые кристаллы и т. п. Галлюцинации становятся основой для развития бредовых идей. Ориентировка в окружающем сохраняется; больные обычно раздражительны, возбуждены, подозрительны. Такое состояние продолжается несколько недель или месяцев.

Отучивание от кокаина происходит у детей довольно легко; но необходимо создать условия, препятствующие рецидиву. Борьба с кокаинизмом, как и с другими наркоманиями, должна вестись при помощи социальных мероприятий, имеющих целью окончательную ликвидацию беспризорности; необходимы создание специальных учреждений для детей-наркоманов, запрещение торговли кокаином, борьба с тайными притонами и пр.

Других наркоманий, а также отравлений производственными ядами, как более редких в детском возрасте, мы за недостатком места описывать не будем, тем более что соответствующие изменения психики у детей в общем идентичны с явлениями, наблюдаемыми у взрослых. Отсылая за подробностями к соответствующим главам психиатрии взрослых, мы здесь упомянем лишь, что как правило детский организм более восприимчив к отравлениям и дает на них более быстрые и тяжелые реакции.

Из отравлений через пищу особого упоминания заслуживает эрготизм.

Эрготизм („злая корча“) — заболевание, являющееся следствием употребления хлеба с примесью спорыньи. После ряда предвестников (судороги в мышцах, головные боли, повышенная утомляемость, забывчивость, подавленное настроение, страхи) развиваются состояния спутанности с галлюцинациями и иногда с резким возбуждением и аффектом страха. При этом отмечаются со стороны нервной системы: понижение болевой чувствительности, понижение или отсутствие сухожильных рефлексов, повышение механической возбудимости мышц, шаткая походка, симптом Ромберга, — явления так называемого эрготинового табеса (однако без табетических зрачковых симптомов). Очень часто наблюдаются эпилептиформные припадки. В большинстве случаев через 2—3 месяца наступает улучшение или же полное выздоровление; более тяжелые случаи заканчиваются смертью, в ряде случаев устанавливается хроническое состояние слабоумия с преобладанием явлений отупения и эпилептиформными припадками. В течение болезни нередки колебания — ремиссии и ухудшения. Помимо выраженных заболеваний во время эпидемий эрготизма в населении наблюдается ряд легких abortивных случаев, выражающихся головными болями, судорогами в мышцах, общей слабостью, повышенной утомляемостью.

Эпидемии эрготизма могут быть совершенно искоренены соответствующими профилактическими мероприятиями. Необходимо

широкое ознакомление масс, занятых земледельческим трудом с причиной, вызывающей эрготизм; спорынью легко отделить от ржаного зерна, так что меры против ядовитого засорения муки очень просты. В случаях развития эпидемии очень важно как можно раньше установить правильный диагноз, причем необходимо иметь в виду, что легкие случаи эрготизма часто не обращают на себя должного внимания.

Между тем в случае установления эпидемии необходимо в спешном порядке изъять из дальнейшего употребления ядовитую муку, проводя соответствующую разъяснительную кампанию, и произвести поголовный осмотр населения в зараженной местности.

Случай 41. Б-ной П., 11½ лет, из рабочей среды. Поступил 9/I 1923 г. из Комонеса. Данных о наследственности не имеется. Отец убит на войне, мать убита бандитами. Последние три года ведет жизнь беспризорного, собирает деньги пением в поездах, ворует, часто его помещали в детские дома, но он всегда убегал через несколько дней. От товарищей научился нюхать кокаин несколько месяцев назад; от кокаина делалось приятно, весело. За три дня до поступления в клинику был задержан милиционером, который обратил внимание на то, что мальчик был возбужден, много говорил, шатался, как пьяный, размахивал руками, с кем-то перебранивался, хотя поблизости никого не было. В Комонесе врачом были обнаружены резкое возбуждение, слуховые и зрительные галлюцинации: видел чертей, кувыркающихся обезьян. Уложенный в кровать постоянно вскакивал; сильное двигательное возбуждение. Спал мало, галлюцинировал. Дорогой в клинику был беспокоен, кричал. Status: по росту и весу несколько отстает, сухожильные рефлексы нормальны, глоточный понижен, раздражение кожи около носа на верхней губе; движения ловки. Интеллект в пределах нормы, много житейских, мало школьных сведений. Крайне раздражителен, суетлив, внимание быстро истощается; галлюцинации прекратились. В дальнейшем раздражительность и возбуждение стихли, обнаружил большую податливость, внушаемость, малую самостоятельность. Переведен в лечебно-воспитательную колонию. Катамнез (декабрь 1926 г.): находится в настоящее время в трудкоммуне по постановлению нарсуда за кражу. Имеет 4 судимости, употребляет кокаин до последнего времени. Летом 1925 г. был два месяца на излечении в психиатрической больнице. В это время у него были слуховые и зрительные галлюцинации и парестезии, расцарапывал себя до крови, казалось, что его кусают вши. Сильно отстал в физическом развитии, прободение носовой перегородки вследствие изъязвления от употребления кокаина.

Случай 42. Больная Е. Т., 16 л., поступила в больницу 11/X 1909 г. Сестра — душевнобольная; luces и алкоголизм отрицаются. Заболела недели за 2 до поступления. Стало стягивать руки и ноги. Больная плохо ориентирована в месте и времени, возбуждена, настроение повышенное, смеется без достаточного повода; внимание ослаблено, не сразу понимает вопросы, растеряна, бестолкова, плохо соображает. Питание резко ослаблено, на коже мелкая красноватая сыпь с шелушением, конечности холодные. Зрачки — N. Пателлярные рефлексы, а также с ахиллова сухожилия не вызываются, на верхних конечностях рефлексы получаются. Походка шаткая, неуверенная; чувствительность нормальна. Временами тонические судороги, в пальцах рук. 20 — 30/X Состояние больной улучшилось; спокойна, настроение ровное, толково отвечает на вопросы, внимание более устойчивое, удовлетворительно считает, хорошо ориентирована, не вполне хорошо помнит, что с нею было перед поступлением в больницу. Работает. Пателлярные рефлексы не вызываются, походка не изменена, судорог больше нет. 1 — 10/XI. Установилось вполне хорошее состояние. 11/XI. Выписана здоровой. Диагноз: эрготизм.

Заболевание характеризуется некоторым возбуждением, повышенным настроением и в то же время угнетением интеллекта, растерянностью, ослаблением внимания и соображения и не вполне ясным сознанием (последовательная неполная амнезия). Из физических симптомов обращает на себя внимание отсутствие коленных рефлексов.

Случай 43. Больная Н. Г., карелка, 18 л., поступила 31/XII 1909 г. 2 сестры и брат больны злой корчей, отец по той же причине заболел психически и отправлен в больницу. Заболела 3 недели назад. Сводит руки и ноги; по ночам бредит, кричит, говорит „зря“, после не помнит, что было с ней. Во время приема сознательна, ориентирована, критически относится к своей болезни, настроение слегка депрессив-

ное, вяла. Питание хорошее. Коленные рефлексy понижены, рефлексy с ахиллова сухожилия тоже с трудом вызываются, с трехглавой мышцы — нормальны. Болевая чувствительность повышена. Зрачки — N. Механическая возбудимость мышц повышена. 1—15/I. Настроение постепенно улучшается, становится живее. Физически что-то по-карельски. Об этом после ничего не помнит. 26—30/I. Спокойна, старые рефлексy понижены. Чувствительность нормальна. 31/I. Выписана здоровой. Диагноз: эрготизм.

В этом случае следовательно имелись приступы бессознательного состояния с последующей амнезией, а помимо того наблюдалось состояние легкой депрессии.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В СВЯЗИ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ И ДРУГИМИ ТЯЖЕЛЫМИ ЭГЗОГЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ МОЗГА.

В связи с травмами черепа могут развиваться довольно разнообразные психические расстройства в зависимости от условий и особенностей действия травмы на мозг. Можно различать следующие формы.

Сотрясение мозга (commotio) представляет наиболее частую форму общего травматического поражения мозга. При этом обычно непосредственно после травмы развивается более или менее длительное бессознательное состояние. После пробуждения больного отмечаются дезориентированность, забывчивость, подавленное настроение, нередко с аффектом страха, общее двигательное беспокойство, иногда замедление двигательных и в частности речевых реакций. Обычно все эти явления постепенно сходят на-нет, но долго еще остаются неврастенические явления как результат истощения мозговых функций в связи с сотрясением; при этом наблюдаются утомляемость, забывчивость, раздражительность, ипохондрические идеи, головные боли, головокружения и пр. Длительность психозов при сотрясении мозга — от нескольких дней до нескольких месяцев. Прогноз при отсутствии осложнений благоприятный.

Контузии мозга (contusio) влекут за собой более тяжелые заболевания (сл. 44); при этой форме помимо общего сотрясения наблюдается местное поражение мозгового вещества. При этом развиваются очаговые явления в виде эпилептиформных припадков, параличей, очаговых явлений в виде эпилептиформных припадков, параличей, афазических, апрактических и агностических расстройств, изменений чувствительности и пр. В частности при поражениях лобных долей отмечаются понижение интрапсихической активности, недостаточность инициативы, апатия, иногда аффективные вспышки, расстройства настроения, в некоторых случаях маниакальное возбуждение, опускливость. При поражениях затылочных долей наблюдались оптические расстройства, психическая слепота, оптическая агнозия и пр. Прогноз при контузиях мозга более сомнителен. Обычно со временем психические изменения значительно сглаживаются, но в более тяжелых случаях остаются те или иные дефекты в зависимости от места поражения. Что касается лечения, то в некоторых случаях приносят пользу люмбальная пункция и выпускание цереброспинальной жидкости в количестве около 10—15 см³ с целью понижения внутричерепного давления. Эта мера применима и в более тяжелых случаях сотрясения мозга.

Травматическое слабоумие. Под этим названием могут быть объединены длительные последствия тяжелых повреждений мозга, его контузий и сотрясений, причем наряду с очаговыми симптомами отмечаются психическая недостаточность, забывчивость, аффективная лабильность, потеря работоспособности и постепенная отсталость в развитии.

Изменения характера (сл. 45). В некоторых случаях в связи с травмой отмечается изменение характера, причем наблюдаются стойкие аффективные расстройства, вспышки ярости, антисоциальное поведение и пр. Такие случаи чрезвычайно близки по своим проявлениям к конституциональным эпилептоидным психопатиям и несомненно аналогичны тем приобретенным изменениям характера, которые наблюдаются у детей после эпидемического энцефалита. Сходство очевидно зависит от аналогичной локализации поражения мозговых систем.

Травматические психоневрозы представляются патологической реакцией на травму, не столько грубо и непосредственно поразившую мозг, сколько повлиявшую на субъекта в смысле тяжелых психических переживаний, причем динамическое расстройство мозговых функций, являющееся результатом такого действия травмы, основано на более тонких изменениях нервной системы. Эти формы относятся к реактивным психическим расстройствам (см. ниже) и выражаются в виде вазомоторных и истерических психогений.

Диагностика травматических психических расстройств главное затруднение представляет в смысле разграничения грубо-органических поражений мозга от реактивных психоневрозов; трудности в этом отношении тем более велики, что чрезвычайно часты смешанные формы: реактивные наслоения на органические поражения. Здесь может помочь лишь подробное изучение статуса и течения болезни.

Поражения молнией и электрическим током близки по своим проявлениям к травматическим. При прохождении через тело сильного электрического тока субъект теряет сознание и, если остается жив, обнаруживает затем оглушенность, растерянность; вместе с тем могут наблюдаться состояния спутанности, возбуждения с аффектами страха; такие состояния продолжаются несколько часов или дней, после чего наблюдается амнезия. Обычно после этих острых явлений у больных бывают в течение нескольких недель головные боли, головокружения, рассеянность, потеря работоспособности. Далее наблюдаются дрожание, подергивания, усиленное потение, расстройства пульса, дыхания и др. симптомы, часто связанные с нарушением вегетативных функций. Смертельные случаи зависят от остановки дыхания. В благоприятных случаях через несколько дней или недель наступает полное выздоровление.

Патологоанатомические изменения выражаются в мелких кровоизлияниях и поражениях нервных элементов, которые повидимому способны к восстановлению.

Лечение сводится к искусственному дыханию, кровопусканию, применению возбуждающих средств (камфора, эфир).

Солнечный и тепловой удар. Хотя солнечный удар зависит от непосредственного перегревания головы солнечными лучами, а тепловой от общего повышения температуры тела, что возможно

при жаре, несмотря на облачное небо и даже в перегретых помещениях; однако по существу нет разницы между этими двумя формами; болезненные явления в обоих случаях зависят от нарушения регуляции тепла в организме и они могут быть описываемы вместе. Удару предшествуют обычно короткие предвестники: головная боль, головокружение, шум в ушах, тяжесть во всем теле, шаткая походка. Вслед за этим больной падает без сознания. При этом резко учащенный пульс, затрудненное, часто поверхностное дыхание, сухая кожа, повышение температуры до 40° и выше; затем бывают иногда эпилептиформные припадки, ригидность затылка, мелкие подергивания. В тяжелых случаях наступают коматозное состояние и смерть. В благоприятных случаях у больного частично возвращается сознание, но он некоторое время спутан, дезориентирован и нередко в таком состоянии склонен к агрессивным поступкам или же к самоубийству. Через несколько часов больной приходит в себя, причем у него не остается воспоминания о том, что с ним было. В отдельных случаях наблюдаются афазия, неуверенность движений, раздражительность, сонливость и т. п., причем постепенно эти явления сходят на-нет. Замечательно, что в некоторых случаях в связи с солнечным или тепловым ударом развиваются состояния травматического невроза, как после обыкновенной травмы черепа.

Прогноз при солнечном и тепловом ударе довольно серьезен, так как нередко эти случаи заканчиваются смертью.

Анатомически отмечаются резкое переполнение вен мозга и оболочек темной жидкой кровью, отеки мозгового вещества, острые изменения нервных клеток, иногда кровоизлияния, особенно в *corpus callosum*. Находят также кровоизлияния и в других органах.

Лечение. Во время удара больного освобождают от стесняющей его одежды, производят искусственное дыхание, холодные обтирания и обливания и впрыскивания возбуждающих средств (камфора, эфир, кофеин); полезны также вливания физиологического раствора под кожу или в вену, так как у больных имеется обычно большая потеря воды; при сильном цианозе показано кровопускание; при сильных судорогах — легкий наркоз.

Случай 44. Б-ной Ж., 12 лет. Отец алкоголик, умер от порока сердца, мать здорова. Наш больной один из близнецов. Развивался правильно; способности плохие, учится однако в нормальной школе. По характеру настойчивый, упрямый, грубоватый, никогда не плачет. 31/I, катаясь на санках, попал под трамвай и в бессознательном состоянии отправлен в больницу, где найдены ушибленная рана лобной кости справа с раздроблением кости, рваные раны на лице. 1/II отмечено отсутствие коленных и ахилловых рефлексов, Бабинский справа. В бессознательном состоянии пробыл несколько дней, ничего не говорил, мочился под себя, было двигательное возбуждение. С 3/II стал отвечать на некоторые вопросы, но сознание прояснилось не сразу. Лежащих рядом с ним больных принимал за родственников, мать во время свидания узнал, но повторял все время на все расспросы лишь одну фразу: „Мамочка, дай бог тебе здоровья“. При исследовании плачет, повторяет одни и те же слова, не помнит, давно ли находится в больнице и при каких обстоятельствах доставлен; правые конечности паретичны, правый зрачок шире левого, реакция сохранена, сухожильные рефлексы понижены, парез правого п. *facialis*. В дальнейшем больной стал суетлив, беспокоен, много говорил, не спал, в таком состоянии переведен из больницы в нашу клинику. Status при поступлении. Сложение правильное, питание достаточное. Справа на лбу свежий рубец длиной в 4 см, имеются еще рубцы на правой скуловой части и правом веке. Сухожильные рефлексы вызываются одинаково на обеих сторонах,

патологических рафлексов нет, Romberg abs, тремор рук, парез правого п. facialis, других парезов нет. Расстройства чувствительности не обнаружено, зрачки $d > s$, вялая реакция. Походка и речь не расстроены. В интеллектуальном отношении больной несколько отстает от своего возраста, что повидимому было и до травмы. Больной в общем апатичный, мало интересуется окружающим, иногда очень болтлив, беспорядочен, неряшлив. Эти особенности характера, насколько можно установить на основании опроса родных, не были ему свойственны до травмы. 25/VII выписан с улучшением. Диагноз — сотрясение и контузия мозга (преимущественно лобной доли), выразившиеся расстройством сознания, затем рядом очаговых явлений, в дальнейшем сгладившихся, и симптомов со стороны психики, которые также постепенно улучшаются.

Случай 45. Б-ной К., 12 лет. Отец умер от tbc, алкоголик, мать здорова, но с низким интеллектом. С ранних лет мальчик жил в приютах; развивался правильно, характер и поведение ничего особенного не представляли до 8 лет. В этом возрасте мальчик свалился в пролет каменной лестницы 4-го этажа, был без сознания; находился в тяжелом состоянии с повышенной температурой в течение полутора месяцев в больнице. С тех пор изменилась речь, появились косоглазие и резкие изменения в характере, вследствие которых больной стал невыносим в приюте (вспышки аффекта, драки, воровство). Клинические наблюдения показали следующее: удовлетворительного сложения и питания, движения глазных яблок не уверены и не вполне координированы; напряжение жевательных мышц недостаточно, парез левого п. facialis, напряжение нёбных занавесок при фонации недостаточно, голос с носовым оттенком, глуховатый; зрачки одинаковы, реакция их на свет и аккомодацию вялая; язык уклоняется вправо, чувствительность не расстроена, сухожильные рефлексy нормальны, патологических нет, глоточный рефлекс ослаблен. Сила достаточна движения конечностей в порядке; моторно достаточно ловок. Мальчик интеллектуально несколько отсталый (по Бинэ соответствует 9,2 годам), житейски достаточно; ориентирован. Внимание неустойчиво, говорит быстро, артикуляция неясна. Настроение крайне неустойчиво, по пустякам приходит в состояние крайнего аффекта, теряет всякое самообладание, дерется, кусается, ломает вещи, нападает на детей гораздо более сильных, не думая совершенно о возможности нанести увечье себе или другим, бросается чем попало. Часто ворует, притом очень неумело и обыкновенно совершенно ненужные для себя вещи. Упрям, невнушаем, ярко выраженных желаний и интересов нет. Во время занятий крайне неусидчив.

Итак, через 4 года после травмы, сопровождавшейся повидимому контузией мозга, наблюдаются ряд органических нервных симптомов и резкие изменения характера эпилептоидного типа.

ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В СВЯЗИ С ТЯЖЕЛЫМИ ЭНДОГЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЗГА.

Опухоли мозга характеризуются общими симптомами и очаговыми явлениями, зависящими от локализации процесса. В начальных стадиях мы имеем обыкновенно неврастенические и ипохондрические симптомы — повышенную раздражительность, резкую утомляемость, головные боли, ослабление памяти. В дальнейшем развиваются обычно состояния оглушенности, изменение сознания, галлюцинаторные и бредовые явления, аффекты страха и тоски, сонливость. Вместе с тем наблюдаются очаговые явления разного рода, связанные с особенностями локализации: параличи, эпилептиформные припадки, гиперкинезы и пр. Впрочем припадки могут быть не только следствием местного раздражения, но и результатом общего повышения внутричерепного давления; по той же причине при опухолях обычно наблюдаются застойный сосок зрительного нерва (очень важный в диагностическом отношении признак) и ослабление зрения. Далее обычны: рвота, замедление пульса, неуверенность походки, расстройство речи и пр.

При опухолях в определенных частях мозга общие явления, связанные с повышением давления, обычно покрывают собой,

и затушевывают симптомы, связанные с поражением данного участка. Все же обычно наблюдаются: при опухолях лобных долей, с одной стороны, повышенное настроение с склонностью к остроумничанью и дурашливости (*mania*), с другой — апатия, отсутствие инициативы, расстройство внимания, акинезия, абулия; при поражениях моторных областей — эпилептиформные припадки или же местные судороги типа джексоновой эпилепсии; при поражении затылочных долей — расстройство зрения; при опухолях височных долей — сенсорная афазия, нарушение слуховых функций; при опухолях в передней части мозолистого тела — состояния резкой психической слабости; при опухолях задней части мозолистого тела — бредовые состояния, спутанность; при опухолях в области зрительного бугра — сонливость, центральные боли; в области гипофиза — битемпоральная гемианопсия, акромегалия, адипозогенитальная дистрофия и т. д. При расположении опухоли в тех или иных частях мозгового ствола, мозжечка и пр. конечно наблюдаются соответствующие неврологические симптомы. Определение местонахождения опухоли помимо затемнения местных симптомов общими связано еще с теми затруднениями, с которыми вообще приходится считаться при локализации расстройств мозговых функций: поражение того или иного центра сказывается на целом ряде связанных с ним центров и систем, растормаживая одни из них, внося расстройства в другие, в результате чего крайне запутывается картина изменений, зависящих от данного поражения. Между тем точная локализация опухоли имеет чрезвычайно важное значение для хирургического лечения.

Течение психических расстройств, связанных с опухолями, в общем прогрессивное; иногда отмечаются как бы остановки. Большинство опухолей развивается в нервной ткани или оболочках первично, но возможны и метастазы из других органов. Продолжительность течения зависит от свойств опухоли, ее злокачественности, а также от локализации и бывает от нескольких месяцев до 2—3 лет и более.

Распознавание опухолей базируется главным образом на констатировании общих и очаговых явлений, наличности головных болей, застойного соска, на прогрессивности течения. В некоторых случаях распознаванию помогает рентгеновский снимок; наконец иногда приходится применять с диагностическими целями мозговую пункцию и пробные трепанации.

Патологическая анатомия опухолей разнообразна, так как зависит от ее свойств и происхождения. В мозгу наблюдаются глиомы, глиосаркомы, фибросаркомы, фибромы, псаммомы и пр. Кроме того инфекционные гранулемы могут дать все симптомы, свойственные опухолям (гуммы, солитарный туберкул). В опухолях часто наблюдаются кровоизлияния. Соседние с опухолями участки мозга нередко подвергаются разрушению, размягчению или же постепенно атрофируются.

Лечение опухолей (за исключением гумм, требующих специфической терапии) возможно лишь хирургическое, если опухоль может быть локализована. Конечно хирургическое вмешательство представляет свои опасности и далеко не во всех случаях вообще возможно, поэтому предсказание при опухолях очень неблагоприятно.

Амауротическая идиотия представляет несомненно прогрессирующую, форму ведущую к довольно быстрому распаду психики. Здесь следовательно не задержка развития, как это мы видели при олигофрениях, а болезненный процесс. Различают две формы амауротической идиотии: детскую и юношескую.

Детская амауротическая идиотия *Tay-Sachs* (Тей-Захса) начинается обычно на первом году жизни у здоровых до того времени детей и через 1—2 года ведет к маразму и смерти. Дети становятся вялыми, апатичными, мышцы делаются дряблыми; перестают сидеть, держать головку, не могут глотать, постепенно слабеют и, что самое характерное, слепнут; слабоумие доходит до полного угасания самых элементарных психических функций. Анатомические изменения чрезвычайно характерны. Нервные клетки коры находятся в состоянии своеобразного заболевания; в клетках и их отростках замечаются продукты распада; особенно характерны вздутия на отростках, наполненные этими продуктами; гибнут также и нервные волокна, в частности поражаются нервные клетки сетчатки и волокна зрительного нерва, что и ведет к слепоте.

Этиология амауротической идиотии неясна, во всяком случае это семейное заболевание, поражающее нередко детей одной и той же семьи.

Очень близка к детской амауротической идиотии Тей-Захса ювенильная форма Шпильмейер-Фохта, (*Spielmeyer-Vogt*), которая наблюдается в возрасте 14—16 лет. Больные деградируют психически, делаются апатичными, неопрятными, глубоко слабоумными, перестают говорить, постепенно слепнут; нередко присоединяются параличи, большей частью спастические, и эпилептиформные припадки. Дойдя до состояния глубокого слабоумия и беспомощности, больные погибают обыкновенно от туберкулеза. И клинически и анатомически ювенильная форма чрезвычайно сходна с детской, но имеются и некоторые различия: течение болезни при ювенильной форме более медленно, анатомические изменения менее характерны (реже встречаются вздутия отростков нервных клеток, гибель волокон и пр.); однако эти отличия могут быть сведены на большую сопротивляемость нервной ткани детей старшего возраста, поражаемых болезнью Шпильмейер-Фохта, сравнительно с формой Тей-Захса. Повидимому все-таки обе формы представляют проявление одного и того же болезненного процесса. Лечение обеих форм амауротической идиотии безнадежно.

Туберозный склероз представляет своеобразное заболевание, дающее резкое прогрессирующее слабоумие, сопровождаемое эпилептиформными припадками. Начинается болезнь в детстве — в течение первых лет жизни, обычно до 6 лет. Психическое развитие останавливается, больные теряют приобретенные уже сведения и навыки, быстро тупеют, речь ухудшается, они становятся сонливыми и апатичными, но временами возбуждаются, приходят в состояние бессмысленного аффекта. Степень слабоумия, наступающего у больных, не всегда бывает одинакова. Припадки бывают во всех случаях, но обыкновенно они не очень часто — 2—3 раза в месяц. Больные недолговечны, обыкновенно они погибают к 20 годам от *status epilepticus*, туберкулеза и пр. Характерно, что у большинства больных в коже имеются множественные мелкие опухоли,

представляющие ангиофибромы; наблюдаются также опухоли в почках, сердце и др. внутренних органах, но самые характерные изменения констатируются в мозгу: там отмечаются уже макроскопически множественные мелкие опухоли в коре, подкорковых узлах, под эпендимой желудочков. В измененных местах имеются разрастания глии и большие атипические нервные клетки, представляющие уродливо развившиеся невробласты; в меньшем количестве эти же клетки наблюдаются в рассеянном виде и в участках коры, кажущихся не пораженными. Вместе с тем кора представляется очень бедной нервными клетками, заполнена разросшейся глией.

Патогенез туберозного склероза неясен. Некоторые авторы сближают его с болезнью Реклингаузена (неврофиброматоз), что другими авторами опровергается. Неясно, имеется ли в основе болезни лишь простое нарушение условий роста между глией и нервными клетками, или же в основе лежит болезненный процесс; вернее последнее, принимая во внимание прогрессивное течение и постепенное появление кожных опухолей. Наличие болезненного процесса заставляет выделять туберозный склероз из состава олигофрении, так же как и амауротическую идиотию.

В смысле лечения туберозный склероз совершенно безнадежен.

Миоклоническая эпилепсия. Это заболевание начинается обычно в молодом возрасте. Характеризуется эпилептическими припадками и миоклоническими, т. е. молниеносно быстрыми, подергиваниями в отдельных мускулах; они усиливаются при волнении и не происходят во сне. Судорожные припадки наблюдаются днем и ночью и часто дают эпилептический статус. Со стороны психики отмечаются развитие слабоумия, расстройство памяти и способности запоминания. Настроение раздражительное, плаксивое, иногда изменчивое, с быстрой сменой смеха и плача. В дальнейшем наступают парезы, ригидность конечностей, физический и психический маразм. Эта форма бывает у членов одной и той же семьи, причем сравнительно часто в тех же семьях наблюдаются эпилепсия и дрожательный паралич. Анатомически отмечаются накопление пигмента в моторных клетках коры, амилоидные тельца как в нервных клетках, так и свободно в нервной ткани, тяжелые изменения нервных клеток. Обычно резко поражены двигательная кора, *substantia nigra*, *thalamus*, *n. dentatus cerebelli*, слабее *pallidum* и пр. ядра.

ГЛАВА XIII.

ЭПИЛЕПСИЯ.

Хотя эпилепсия известна и описана со времен глубокой древности, но до сих пор эта болезнь во многих отношениях представляется недостаточно изученной. Не только патогенез, но даже самый объем понятия об эпилепсии все еще далеки от ясности и определенности.

Свое название эпилепсия получила от своеобразных припадков с потерей сознания и судорогами, внезапно наступающих у больных. Яркость припадка, его неожиданность, потрясающее впечатление,

оказываемое им на окружающих, казалось бы, не должны оставлять сомнения в диагнозе даже для профана. Однако клинический опыт показал, что дело далеко не так просто. Судорожный припадок представляет явление, которое само по себе вовсе недостаточно для диагноза. Механизм припадка может быть пущен в ход при самых разнообразных болезнях. Можно определенно сказать, что при всяком поражении мозга возможны и действительно наблюдаются такие припадки: прогрессивный паралич, артериосклероз, опухоли, сифилис мозга, энцефалиты, разные отравления (алкоголизм, эрготизм и пр.) нередко сопровождаются припадками; далее имеется целый ряд болезненных форм с припадками, напоминающими эпилептические и все же не имеющих ничего общего с эпилепсией.

При такой распространенности припадков в патологии мозга приходится признать, что это явление не есть признак какой-либо определенной болезни, а лишь симптом, указывающий на своеобразное раздражение некоторых участков мозга в связи с различными патологическими моментами. Однако, если подходить к определению эпилепсии, не исходя из какого-либо одного симптома, хотя бы и столь яркого, как припадок, а имея в виду совокупность всех данных, доступных наблюдению и исследованию, то несомненно получается возможность выделить определенную группу случаев, представляющих известное единство и не укладывающихся ни в одну из упомянутых выше болезней, также сопровождающихся припадками. Мы имеем в виду так называемую генуинную эпилепсию, — болезнь быть может недостаточно точно очерченную, но все же до известной степени определенную в своих проявлениях и биологических компонентах. Генуинную эпилепсию, которую мы и будем рассматривать в настоящей главе, следует противопоставлять симптоматическим эпилептическим или, лучше сказать, эпилептиформным явлениям, наблюдающимся при разных других болезнях.

Понятие о **генуинной эпилепсии** определяется, с одной стороны, отграничением от случаев, которые могут быть объяснены иначе, т. е. в смысле симптоматической эпилепсии, с другой же стороны, рядом признаков положительных: генуинной эпилепсии свойственны определенные психические и соматические изменения. Среди симптомов этой болезни судорожный припадок занимает важное, но не исключительное место; нередко случаи, когда другие явления выступают на первый план и судорожные припадки играют ничтожную роль в картине болезни или даже вовсе отсутствуют. Таким образом положение, что „эпилептические припадки еще не доказывают наличия эпилепсии“, должно быть дополнено положением: „с другой стороны, возможна эпилепсия без эпилептических припадков“; впрочем такие случаи можно считать атипическими.

Таким образом эпилепсия характеризуется не только судорожными явлениями, но и присущими ей психическими симптомами, которые могут быть разбиты на две больших группы: 1) психические эквиваленты, т. е. припадочно, внезапно наступающие у больного обычно кратковременные, острые изменения психики; 2) длительные, хронические изменения, постепенно развивающиеся у эпилептиков и наблюдаемые в промежутках между припадочными состояниями; эти изменения в конечном счете ведут к так называемому эпилептическому слабоумию.

Генуинная эпилепсия есть болезнь детского возраста по преимуществу; раннее начало для этой болезни настолько характерно, что так называемая поздняя форма всегда возбуждает сомнение в смысле своей принадлежности к настоящей эпилепсии и действительно обычно оказывается проявлением какой-либо другой болезни.

Судорожные припадки. Первые припадки генуинной эпилепсии обнаруживаются обычно в возрасте 1—3 лет, затем болезнь течет по-разному: или припадки непрерывно продолжаются и вместе с ними развиваются соответствующие психические изменения, или же после первых припадков раннего детства болезнь как бы затихает, ничем не обнаруживаясь, и появляется снова в возрасте 7—15 лет, а иногда и позже, и затем уже продолжается непрерывно.

Наступлению эпилептического припадка иногда предшествуют предвестники в виде головных болей, раздражительности, общего недомогания, сердцебиений, плохого сна; обыкновенно такие признаки единообразной формы предшествуют каждому припадку, что помогает больным знать заранее его наступление. Однако в большинстве случаев припадки наступают внезапно для больного, без всяких предвестников; чаще непосредственно перед самым припадком бывают явления, объединяемые под названием „аура“, — это собственно уже не предвестники, а начало самого припадка. Аура выражается в галлюцинациях, болях, каких-либо обычно неприятных ощущениях, вегетативных, resp. вазомоторных, расстройствах; особенно часты световые галлюцинации перед припадками (пламя, пожар, искры и пр.). Нередки также приступы страха. Помимо сенсорных, вегетативных и психических форм ауры наблюдаются иногда и моторные, выражающиеся в разного рода двигательных проявлениях: одни больные вдруг бросаются бежать и затем падают в припадке (*epilepsia propulsiva*), другие кружатся (*epilepsia rotatoria*), третьи выкрикивают отдельные слова и фразы; моторные ауры нередко бывают односторонними (подергивание в одной руке и т. п.). В некоторых случаях наблюдаются комбинации разных форм ауры — двигательных, сенсорных, психических и вегетативных. Длительность ауры очень невелика, — несколько секунд, иногда минут; за это время больной иногда успевает принять меры, чтобы не ушибиться или предупредить о наступающем припадке окружающих. Нередко однако не бывает не только предвестников, но и сколько-нибудь определенной ауры. Внезапно наступающий припадок прежде всего выражается в потере сознания и ослаблении мускулатуры тела; вследствие внезапного нарушения статики больной падает. Чаще всего бывает падение вперед (в 50% по Фишеру), реже назад (30%), еще реже в сторону. Уже этот момент припадка представляет опасность для больного, который может упасть лицом в огонь, в воду, вообще может сильно разбиться, иногда — насмерть, при падении с высоты.

Вслед за первоначальным расслаблением мускулатуры наступает следующая фаза припадка — тонические судороги; при общем напряжении всей мускулатуры развиваются цианоз, повышение кровяного давления, учащается пульс. Вслед за тоническими судорогами, продолжающимися не более 20—30 секунд, наступает следующая фаза — клонических судорог, выражающаяся сперва в слабых беспорядочных движениях, а затем в более резких и равномерных

сгибаниях и разгибаниях; при этом голова обычно бывает оттянута назад или же в сторону и также судорожно подергивается. Подергивания отмечаются и в лицевой мускулатуре; в глазных яблоках замечаются нистагмOIDные или же вращательные движения; глаза нередко бывают резко повернуты в одну сторону. Благодаря судорожным движениям челюстей часто происходит прикусывание языка. Зрачки во время припадков широки и неподвижны, но иногда дают как бы судорожные колебания. Глазное дно сильно гиперемировано. Пульс и дыхание учащены. Больной издает нечленораздельные звуки в виде стопа или клокотания, что зависит от судорожных сокращений мускулатуры гортани и смежных частей. Сухожильные и кожные рефлексЫ обычно не вызываются; нередко наблюдается непроизвольное мочеиспускание, а иногда и дефекация. Во время судорожной фазы припадка так же, как и при начальном падении, возможны разнообразные повреждения в случае отсутствия надзора, так как больной во время припадка находится в совершенно бессознательном состоянии. Далее судороги постепенно становятся слабее, наступает расслабление мускулатуры, пульс замедляется, дыхание становится спокойнее. Фаза расслабления как бы заканчивает припадок, сознание возвращается иногда внезапно, иногда постепенно; в последнем случае больной некоторое время находится в состоянии неполного или сумеречного сознания — не узнает окружающих, отвечает невпопад, иногда проявляет бессмысленное беспокойство, совершает нападения на окружающих, разрушает вещи и т. п. Довольно часто непосредственно после припадка отмечается расстройство речи, — так называемая олигофазия: больной не может вспомнить многих слов и потому говорит с трудом. Далее после припадка обычны: потение, сильные головные боли, а главное резкая усталость и разбитость, вследствие чего больной обычно засыпает на несколько часов и когда просыпается и приходит в себя, то ничего не помнит, что с ним было с самого начала припадка. Иногда в течение одного-двух дней после припадка наблюдается ряд нервных явлений в виде дрожаний, подергиваний в отдельных мускулах, понижения, иногда появления патологических (Бабинский и пр.) рефлексОВ.

Отмеченные выше типичные явления при эпилептическом припадке не во всех случаях одинаковы. Бывает, что судорожные явления не сопровождаются полной потерей сознания или, наоборот, при бессознательном состоянии судороги сравнительно незначительны и даже вовсе отсутствуют, так что припадок больше похож на обморок. Наконец могут быть abortивные припадки, состоящие из одной лишь ауры (сенсорной, моторной и пр.), или же припадки кратковременного затемнения сознания, носящие название *petit mal* (сл. 48). Во время малых припадков больные как бы останавливаются, несколько мгновений отсутствуют (*absence*), а затем приходят в себя и продолжают прерванную работу или разговор, при этом больные не падают, не изменяют даже позы, а как бы на время застывают.

Разнообразные формы припадков, состоящих из разных комбинаций расстройства сознания и двигательных явлений, иногда наблюдаются у одного и того же больного; чаще однако встречаются больные, у которых преимущественно бывает определенная

форма припадка. В некоторых случаях наблюдается почти непрерывный ряд припадков, одного за другим, в течение одного или нескольких дней. Это так называемый *status epilepticus* — явление, опасное для жизни.

Изучение формы припадка, особенно же его начальной фазы, исходного пункта, из которого затем развертывается генерализованный припадок, представляет большой интерес и значение. Дело в том, что начальные явления припадка дают возможность установить локализацию процесса и ставить вопрос о хирургическом вмешательстве.

Ферстер (Förster), недавно разработавший соответствующие данные, выделил в качестве исходных пунктов для развития припадков следующие поля в коре большого мозга и указал симптомы, проявляющиеся в начале припадка и имеющие значение для локализации.

1. Передняя центральная извилина (area 4) — поле изолированных движений. При поражении этого места эпилептический припадок характеризуется соматотопическим расчленением, причем судороги переходят поочередно с одной части тела на другую.

2. Фронтальное поле (area agranularis 6) — задняя часть первой и отчасти второй лобных извилин. Припадки, исходящие из этой области, начинаются вращением глаз и головы в противоположную сторону, вращением туловища и тоническими судорогами контралатеральных конечностей.

3. Фронтальное глазное поле (часть второй фронтальной извилины, area frontalis intermedia 8); исходящий из этого места припадок начинается клоническими подергиваниями глазных яблок в противоположную сторону, а затем припадок принимает характер, отмеченный в пп. 1 и 2.

4. Поле ритмических движений — жевания, глотания, дыхания — лежит в нижней части центральной извилины (operculum centrale); припадок начинается жевательными, глотательными и диафрагмальными судорогами.

5. Ретроцентральное поле (areae postcentrales 1, 2, 3); припадки характеризуются чувствительной аурой, идущей волной соответственно соматотопическому распределению центров данных areae. Сенсорная аура переходит в дрожание и дает в дальнейшем предцентральный характер припадка (п. 1).

6. Верхнее париетальное поле (areae 5 и 7) характеризуется также чувствительной аурой, гиперестезиями и болями в противоположных конечностях, а затем тоническими и клоническими судорогами в них.

7. Окипитальное глазное поле (area praescipitalis 19); припадок характеризуется резкой зрительной галлюцинаторной аурой (пожар, пламя и пр.), двигательные явления начинаются с глаз (поворот в противоположную сторону), потом вступают голова, туловище, конечности. При поражении аг. 17 и 18 не получается движения глаз, но наблюдаются живые оптические фотомы.

8. Темпоральное поле (1-я височная извилина, area 22); раздражение ее влечет за собой поворот глаз и головы, а затем туловища и конечностей; так же начинаются и припадки. При этом наблюдается акустическая аура. Иногда припадок может быть вызван акустическим раздражением.

К этим данным Ферстера нужно прибавить то еще до него отмеченное обстоятельство, что эпилептические припадки далеко не всегда развиваются равномерно и наблюдается преимущественное участие правой или левой половины тела; это дает указания на основное поражение того или другого полушария (конечно противоположного). Далее следует еще иметь в виду, что наличие вегетативной ауры, а также припадков с преимущественным изменением тонуса и статики, указывает на участие в механизме припадков соответствующих подкорковых центров.

Вышеприведенные данные, касающиеся локализации исходных пунктов, из которых возникает припадок, конечно еще далеко недостаточны и неполны, но здесь важно подчеркнуть то обстоятельство, что изучение деталей самого припадка имеет гораздо более важное значение с теоретической и практической точек зрения, чем думали до последнего времени.

Психические эквиваленты. Помимо судорожных припадков, как было уже упомянуто, эпилепсия может выражаться также в ряде острых психических болезненных явлений. При этом психические изменения наступают после или же перед припадком; в

других же случаях совершенно такие же психические расстройства развиваются независимо от припадков, образуя его „эквиваленты“.

Формы острых психических расстройств при эпилепсии разнообразны. У детей чаще всего они имеют характер расстройств настроения (сл. 47); при этом обычны короткие колебания, так называемые „хорошие“ и „плохие“ дни эпилептиков; в других случаях эти колебания более длительны. При подавленном настроении больные обычно раздражительны, мрачны, пристают с бесконечными жалобами, обвинениями окружающих, иногда испытывают беспричинный ужас; обычно таким состоянием депрессии свойственна особая напряженность. Если наблюдается повышенное настроение, то обычно оно лишено радостного характера, свойственного маниакальным больным; в повышенном состоянии эпилептикам свойственна также известная напряженность; у них обычно не бывает скачки идей и отвлекаемости; и при повышенном настроении остается монотонность, медленность, неуклюжесть психических процессов. Иногда при расстройствах настроения наблюдаются галлюцинации слуховые, зрительные и обонятельные. Очень характерным признаком эпилептических расстройств настроения нужно считать их внезапное, ничем не вызванное появление и столь же внезапный конец, т. е. припадочное течение этих психических явлений. Обычная продолжительность — несколько дней.

Следующей, частой как у детей, так и у взрослых формой психического расстройства эпилептического происхождения нужно считать затемнения сознания, т. е. **сумеречные состояния**. Во время таких состояний эпилептики сохраняют способность двигаться и действовать, но восприятия окружающего происходят неясно, неотчетливо и не совсем правильно; связанность мышления нарушается, и больной лишается возможности соответственно оценивать происходящее вокруг него; в связи с этим поступки больного получают болезненный характер, нередко опасный для него самого и для окружающих. Больной производит бессмысленные нападения, выбрасывается в окно и т. п. Во время сумеречного изменения сознания эпилептик находится как бы в сновидном состоянии, когда психические процессы протекают без правильной связи, последовательности и мотивации. Такое болезненное состояние усложняется изменениями настроения, то подавленного, то близкого к экстазу, состояниями резко выраженного страха, галлюцинациями, бредовыми построениями (сл. 47).

Все эти симптомы могут наблюдаться в различных комбинациях и давать несколько различные внешние проявления сумеречных состояний. Очень важным признаком этих состояний, до известной степени могущим служить для оценки степени затемнения сознания во время этих приступов, является последующая амнезия: больной забывает все, что с ним было во время измененного состояния сознания, подобно тому как он забывает о том, что было во время судорожного припадка. В некоторых же случаях амнезия бывает неполная, больной помнит более или менее отчетливо одни моменты, и не помнит других; такая пестрота воспоминаний зависит от неравномерности, от колебания степени затемнения сознания во время приступа. Впрочем бывают случаи, когда амнезия простирается не только на время приступов, но захватывает и периоды времени до приступа,

когда больной безусловно находился в нормальном состоянии сознания. С другой стороны, амнезия в некоторых случаях бывает как бы неполные и неотчетливые.

Сумеречные состояния сознания сопровождаются и некоторыми соматическими признаками: повышением сухожильных рефлексов, расширением зрачков и вялостью их реакции на свет, головокружением, изменениями походки, речи, слюноотечением, сильным потением, изменениями со стороны пульса и деятельности сердца и пр.

Из различных клинических проявлений сумеречных состояний остановимся на нескольких формах.

Одной из самых обычных форм следует считать **сомнамбулизм** или снохождение, особенно частое у детей; они встают ночью с постели, начинают ходить по комнате, закрывать или открывать двери, передвигать вещи и т. п.; движения их носят в это время автоматический характер, восприятие внешнего мира очень недостаточное и часто неправильное, например больной может выскочить из окна, принимая его за дверь. Во время снохождения больные иногда обнаруживают поразительную ловкость, залезают и ходят по крыше и т. п. Здесь проявляется неполное осознание и восприятие окружающего; отсутствие мыслей об опасности дает возможность больному без колебаний и опасений проделывать опасные передвижения. Следует опасаться поэтому пробуждения больного в каком-либо опасном положении, так как сознание опасности у проснувшегося сомнамбула может сделать его движения неуверенными и вызвать падение. Через несколько минут больной укладывается снова в кровать, а иногда где-нибудь на полу и засыпает. На другой день никакого воспоминания о снохождении у больного не остается. Нужно иметь в виду, что сомнамбулизм может наблюдаться и при истерии и даже просто у нервных детей, поэтому диагноз может быть установлен лишь при сопоставлении с другими явлениями, наблюдающимися в каждом данном случае.

Далее наблюдаются сумеречные состояния в виде **делириозной спутанности**; больные испытывают галлюцинации устрашающего характера, они видят огонь, пожар, им мерещатся святые, дьявол, призраки умерших; они слышат голоса, музыку, выстрелы; им кажется, что они на кладбище, в подземелье, в аду; кругом все рушится, валится потолок и т. п. При этом больные находятся то в состоянии страха, то экстаза, подъема; их действия находятся в зависимости от бреда; нередко больные бросаются на окружающих, бегут куда попало; во всяком случае, при таких состояниях требуется особенно тщательный надзор.

В других случаях больные впадают как бы в **сновидное состояние**, не узнают окружающих, выбегают раздетыми на улицу, рвут и режут на кусочки одежду и т. п. Нередко на первый план при сумеречных состояниях выступает резкий аффект страха, обычно связанный с уже упомянутыми устрашающими галлюцинациями; часто дети говорят, что они видят черного человека или умершего родственника, иногда каждый раз одно и то же видение, которое внушает непреодолимый страх, заставляет больного с диким криком ужаса бежать или забиваться в угол, под кровать и т. п.

Наконец следует еще отметить случаи сумеречного состояния, когда больные при поверхностном наблюдении имеют вид как будто близких к норме. Они ходят по городу, посещают школу, садятся на свое место, но имеют рассеянный вид, не усваивают преподавания, производят странное впечатление своей молчаливостью и немотивированными поступками; нередко в таком состоянии дети уходят из дому, приходят к дальним родственникам или знакомым или же блуждают по городу, пока их не подберет кто-нибудь и не отправит домой или в какое-нибудь учреждение. Иногда дети, как и взрослые, совершают целые путешествия в таком состоянии. Придя в себя, они иногда сами удивляются, как они очутились вдали от дома; воспоминания о том, что с ними было, обычно сохраняется в неполном и отрывочном виде; во время таких состояний, называемых **трансами**, у больных бывают изменения настроения и иногда бредовые идеи, которыми в значительной мере определяется все их поведение в течение приступа.

Сумеречные состояния наступают внезапно и так же внезапно проходят; безразлично, связаны ли они с судорожными припадками или же наступают отдельно в виде эквивалента. Продолжительность их от нескольких минут до нескольких дней и даже недель, в исключительных случаях еще дольше. Частота проявления приступов у отдельных больных чрезвычайно различна: в одних случаях эти состояния повторяются часто, в других — очень редко, наконец в ряде случаев эпилепсия протекает вовсе без сколько-нибудь выраженных сумеречных состояний.

Хронические изменения психики у эпилептиков обычно проявляются в связи с длительным течением болезни и следовательно у детей очень часто бывают еще не вполне выражены. Однако во многих случаях и дети проявляют очень заметные особенности, свойственные психическому облику эпилептиков или по крайней мере некоторые черты так называемого эпилептического характера (сл. 46, 49).

Психика эпилептика несомненно претерпевает ряд изменений в смысле общего снижения, деградации, доходящей иногда до более или менее глубокого слабоумия. Эпилептикам свойственны медленность психических процессов, тугоподвижность мысли, отсутствие гибкости, живости; их мысль обыкновенно топчется на одном месте, завязает в несущественных деталях (*Haftenbleiben*) и не может выйти из обычно узкого круга интересов больного. Резко выраженной ограниченности соответствует обстоятельность, аккуратность, мелочная склонность к рассмотрению частных деталей. Память у эпилептиков обычно бывает ослаблена, в связи с этим запас представлений постепенно оскудевает. Настроение у эпилептиков часто подавленное, они недоверчивы, раздражительны, любят жаловаться на обиды и притеснения со стороны окружающих. Сознание своей тяжелой болезни и постоянная забота о здоровье при сужении общего круга представлений и при склонности к однообразному топтанию на одном месте способствуют крайнему эгоцентризму и эгоизму. Мелочная скупость, собирание разного хлама, тщательная охрана всего собранного очень характерны для эпилептиков. По отношению к окружающим отмечаются полярные колебания от низкого поклонства, подхалимства до крайней жестокости; эпилептик уни-

жаются из-за пустяков, кланяется в ноги, целует руки и также из-за пустяков может изувечить и убить. Он склонен к резким аффектам, которые нередко осложняются затемнением сознания и тогда носят названия патологических аффектов, которые с достаточным правом могут быть отнесены к сумеречным состояниям сознания. Эпилептикам также очень свойственны ханжество, мистицизм, крайняя религиозность, что, с одной стороны, бывает часто связано с яркими галлюцинациями, болезненными состояниями экстаза, с другой — зависят от сознания собственной недостаточности; частые припадки создают у больных представление о зависимости от какой-то высшей силы, об одержимости. Эпилептики несомненно играли известную роль в истории религий, не даром самая болезнь получила некогда название священной болезни (*Morbus sacer*).

Эпилептическое слабоумие иногда достигает резких степеней когда больные делаются совершенно тупыми, апатичными и впадают в состояние маразма. Деграция психики вследствие болезненного процесса комбинируется при этом у детей с явлениями недоразвития, так как процесс, как и при других болезнях в детском возрасте, не только разрушает уже функционирующие механизмы, но и задерживает развитие мозговых функций.

В более легких случаях однако эпилептики, несмотря на особенности своего характера и на припадки, ведут себя в общем правильно, доступны, общительны, могут учиться и работать, причем медленность и пониженная сообразительность возмещаются аккуратностью, тщательностью и обстоятельностью, свойственными таким больным.

В области соматической при эпилепсии также отмечается ряд особенностей и расстройств. В смысле строения тела — как будто, с одной стороны, значительное преобладание атлетиков, с другой — наличность многочисленных диспластических черт; нередки явления общего физического недоразвития, инфантилизма.

Диспластическое телосложение встречается вдвое чаще, чем атлетическое. При этом по Крейенбергу (*Kreyenberg*) диспластики раньше заболевают, быстрее деградируют, атлетики же заболевают позже, слабоумие у них менее выражено, а на первом плане аффективные и вазомоторные расстройства, резко выраженная эксплозивность. Далее характерны для эпилептиков низкий лоб, плоский широкий череп, сильное развитие скул и подбородка, дряблая кожа, своеобразное распределение волос, что впрочем становится ясным только у взрослых (слабый рост бороды, очень густые волосы на голове). Сухожильные рефлексы обычно повышены, зрачки широки.

Очень часто наблюдаются косоглазие, леворукость, ночное недержание мочи, дрожание языка и пальцев рук. В двигательной сфере преобладают неуверенность, неловкость, медлительность. Речь обычно медленная, неясная, монотонная, иногда с дефектами выговора отдельных звуков. Походка медленная, неуверенная; в случаях глубокого исходного маразма походка совершенно расстраивается; больные ползают, получается преобладание фило- и онтогенетически старых, преимущественно паллидарных, механизмов. С другой стороны, во время сумеречных состояний эпилептики бывают способны производить движения удивительной ловкости и силы; питекоидное лазание, прыжки и пр. указывают на проявление филогенетически

старых свойств, выявление которых становится возможным путем расторможения от влияния коры; в обычное время (вне сумеречных состояний) такие субъекты (часто вообще малосильные и неловкие) ничего подобного сделать не могут.

Со стороны вегетативной системы у эпилептиков обычно отмечается симпатикотония, по крайней мере по отношению к черепному участку п. *sympathici*.

Далее во время припадка обнаруживается повышение кровяного давления, расстраивается дыхание, учащается пульс, повышается температура; отмечаются многочисленные изменения со стороны крови, мочи и пр. В частности в крови найдено: понижение щелочности вследствие накопления кислот в связи с судорогами мышц во время припадка, увеличение вязкости крови, усиление ее токсических свойств после припадка, увеличение числа белых кровяных телец (главным образом эозинофилов и лимфоцитов); в моче после припадка иногда находят белок; перед припадком уменьшается выделение мочевой кислоты, после припадка — увеличивается; увеличивается также обычно после припадка выделение креатинина, фосфора, аммиака, индикана; повышается кислотность мочи; после сильных припадков отмечалась ацетонурия. Все эти данные, а также много других, которых мы не приводим, несмотря на значительные несоответствия в наблюдениях отдельных авторов все же с несомненностью указывают на резкие изменения в области обмена веществ у эпилептиков, главным образом в связи с припадками.

Течение эпилепсии в общем хроническое, бывает разнообразно в разных случаях. Как уже было упомянуто, очень часто уже в первые годы жизни наблюдается начало болезни в виде ряда припадков; затем болезнь или продолжается или на время затихает, чтобы снова возобновиться через несколько лет. В общем можно считать, что большинство эпилептиков заболевает в возрасте до 10 лет. Частота больших судорожных припадков в общем может служить мерилем тяжести случая. Несомненно однако, что у некоторых эпилептиков припадки бывают редки, на первом плане *petit mal* (сл. 48), или же эквиваленты (сл. 50), и все же слабоумие и общий распад личности наступают очень быстро. Картина болезни у одних больных разнообразна, включает разные явления со стороны соматической и психической, в других же случаях — однообразна, выражаясь исключительно например в одних судорожных припадках. Припадки то наблюдаются через более или менее равномерные промежутки времени, то появляются сериями после промежутков сравнительного затишья. В одних случаях преобладают ночные припадки, в других — дневные. Накопление припадков сериями может дать так называемый *status epilepticus*, когда припадки идут один за другим, страшно истощают больного, вызывают резкое повышение температуры и могут дать смертельный исход. Частые припадки помимо тех биологических пертурбаций, которые они производят в организме, вредны еще в том отношении, что они выбивают ребенка из колеи, мешают ему учиться, работать, мешают его пребыванию в школе и вообще среди сверстников, словом создают обособленное положение в социальном смысле, которое не может не иметь само по себе очень вредного

влияния на развитие ребенка во всех отношениях. При редких припадках, особенно если они бывают только по ночам, ребенок может, наоборот, вести в общем нормальный образ жизни, посещать школу и т. д. Несомненно имеется большое число случаев припадков, незначительного течения эпилепсии с малым числом приступов, сохраняющими и медленно нарастающими изменениями характера, сохраненной работоспособностью. Такие эпилептики могут закончить свое образование и в дальнейшем вести трудовой образ жизни; свойственная им преувеличенная аккуратность способствует даже занятиям некоторыми профессиями (счетчики, конторщики). Неблагоприятные условия жизни ухудшают течение эпилепсии. Особенно ухудшает течение эпилепсии алкоголизм, по отношению к которому большинство эпилептиков чрезвычайно невыносливо. Повидимому далее на частоту припадков имеют влияние условия погоды, быстрые смены атмосферного давления, переутомление и т. п.

Изменения психики иногда развиваются довольно быстро, иногда сравнительно медленно, и в детском возрасте, как уже упоминалось, часто еще не успевают сложиться окончательно.

Имеются наблюдения, что у эпилептиков, заболевших в раннем возрасте, обычно менее часты судорожные припадки, зато чаще *petit mal* и обмороки, менее резка забывчивость.

Предсказание при эпилепсии в общем неблагоприятно. В результате этой болезни не только нарушается развитие ребенка, но он обычно постепенно деградирует. Часто дети эпилептики, поступая в нормальную школу, сначала идут в ногу со сверстниками, затем начинают постепенно отставать и вынуждены бывают оставить школу; в других случаях слабоумие развивается так резко и рано, припадки так часты, что не приходится и думать о поступлении в нормальную школу.

Все же нужно иметь в виду возможность полной остановки процесса; случаи излечения встречаются по статистике разных авторов в 5—10%. Эпилептики в общем недолговечны, многие из них погибают от *status epilepticus*, от несчастных случайностей в связи с припадками и т. п. Особенно велика смертность в возрасте около 15 лет; в это время обычно наблюдаются резкие ухудшения как в смысле количества припадков, так и в смысле психических изменений, что повидимому связано с особенностями пубертатного возраста, представляющего наибольшую ранимость по отношению к вредным моментам.

Патологоанатомические исследования при эпилепсии обнаруживают ряд изменений мозгового вещества. Прежде всего нужно отметить наличие некоторых признаков, указывающих на известную врожденную неполноценность мозга эпилептиков, на нарушение его развития: сюда относятся часто констатируемые клетки Кахаля в первом слое коры (в норме они бывают лишь в утробном периоде и у новорожденных), при этом граница между первым и вторым слоями в норме столь резкая, оказывается неотчетливой; далее наблюдаются гетеропии серого вещества и другие пороки развития. Из изменений, которые уже должны быть отнесены на счет самого эпилептического процесса, следует отметить вкратце следующее: Ниссль и Альцгеймер констатировали поражение нерв-

ных клеток, главным образом в поверхностных слоях коры и преимущественно в моторных областях мозга, затем в височных и лобных, слабее всего в затылочных долях. Параллельно с гибелью нервных элементов идут также поражение волокон, особенно тангенциальных, и резкое разрастание глии, главным образом ближе к поверхности мозга; получается столь характерный для эпилептиков краевой глиоз Шаслена, состоящий из густой сети волокон у самой поверхности коры. И в других частях мозга особенно обращает на себя внимание поражение аммониевого рога, выражающееся в его сморщивании, склерозе, заметном даже невооруженным глазом; микроскопически отмечаются атрофия и гибель нервных элементов данной области и разрастание невриглии. Поражение аммониевого рога наблюдается в 60% всех случаев генуинной эпилепсии. Значение поражения этой области не совсем ясно; преобладает мнение, что мы здесь имеем лишь частичное проявление общего процесса, причем резкость поражения данной части мозга зависит от ее особой ранимости (что отчасти подтверждается частым поражением аммониевого рога при других болезнях — прогрессивном параличе, старческом слабоумии и пр.). Помимо указанных выше хронических изменений следует еще отметить острые тяжелые поражения мозговой ткани в связи с эпилептическим статусом; при этом наблюдаются гиперемия мозгового вещества, инфильтрация сосудистых стенок лейкоцитами, мелкие кровоизлияния в коре, острые изменения нервных клеток, размножение глии; в глубоких слоях коры и белом веществе наблюдается появление амёбоидной глии; такое превращение глии всегда бывает связано с катастрофичностью острых мозговых поражений и встречается при инсультах у паралитиков, припадках у кататоников и в других аналогичных случаях. Это острое патологическое размножение глии повидимому является основой того состояния мозга, которое макроскопически характеризуется его набуханием (Hirnschwellung); при этом нарушается соотношение между вместимостью черепа и объемом мозга и повышается внутричерепное давление, что само по себе также ведет к патологическим изменениям мозговых функций.

Эпилепсия является очень частым заболеванием, распространенным во всех странах. Повидимому имеется некоторая разница в смысле частоты заболевания: есть указания на большее распространение этой болезни в странах, где особенно сильно развит алкоголизм. В среднем эпилептиков среди населения насчитывается от 1 до 2 на тысячу. Мужской пол чаще болеет, чем женский. Среди детей, обращающихся за помощью по нервным и душевным заболеваниям, число эпилептиков весьма значительно. Так, в нашей клинике в 1925/26 г. на амбулаторный прием явилось 102 эпилептика на общее число первичных посещений 1035, что составляет 10%.

Этиология эпилепсии, несмотря на огромное количество исследований, посвященных этой болезни, все же не может считаться вполне выясненной.

Уже то обстоятельство, что, как указано выше, эпилептики в большинстве случаев заболевают в детском возрасте, заставляет искать происхождение этой болезни в наследственных и врожденных факторах. Наследственное отягощение находят у эпилептиков приблизительно в 35% случаев. Очень нередки заболевания эпилепсией

в семьях этих больных; при этом часто отмечается не прямое отягощение (так называемая рецессивная наследственная передача по Менделю), т. е. обычно больны эпилепсией не родители, а дяди, тетки, двоюродные братья и сестры. Очень часто в роду эпилептиков отмечаются леворукость, расстройство речи, эпилептоидные формы психопатии. Особенно большое значение следует придавать тому обстоятельству, что очень часто эпилептики оказываются детьми алкоголиков; разные авторы дают цифры от 15 до 35%. Равным образом и сифилис нередко отмечается у родителей детей, больных эпилепсией. В общем следует считать, что в патогенезе эпилепсии поражение зачатка (сифилисом, алкоголем) играет большую роль, чем чисто наследственные причины. Что касается влияния мозговых заболеваний на происхождение эпилепсии раннего возраста, то в огромном большинстве случаев при грубых поражениях мозга дело идет о симптоматической, а не о генуинной эпилепсии. Однако возможны такие случаи, что генуинная эпилепсия проявляется к жизни вследствие мозгового заболевания или же что последнее является исходным моментом для развития эпилепсии у predisposedного к этой болезни ребенка. Приблизительно то же самое можно сказать о значении травмы и отравлений в этиологии и эпилепсии: обычно они дают симптоматическую эпилепсию, но могут также способствовать выявлению генуинной формы.

Сущность эпилептического заболевания, механизм происхождения припадков до сих пор не вполне ясны. Прежде всего конечно нужно считаться с наличием своеобразных изменений мозговой ткани. С другой стороны, несомненны аутоинтоксикационные моменты, проявление которых отражается на химическом составе жидкостей организма, особенно же мочи. Эпилептический процесс несомненно связан с нарушением равновесия кислот и оснований в организме, что является частью причиной, частью следствием припадков (Вут—Wuth).

Огромное количество работ на эту тему, несмотря на многие противоречия, устанавливает связь самих припадков с накоплением токсинов в организме. При эпилептическом статусе интоксикация достигает крайних степеней. Однако остается не совсем ясным, является ли накопление токсинов причиной или следствием мозговых поражений. Во всяком случае наиболее вероятным следует считать, что эпилепсия есть заболевание мозга, преимущественно вследствие поражения зачатка, сопровождающееся нарушением химизма всего организма, причем происходящие в связи с расстройством обмена веществ накопления токсинов отражаются на симптоматологии болезни в смысле частоты припадков и др. проявлений эпилепсии. Самый механизм припадка по последним данным (Фёрстер, Шпильмейер) связан с резким местным сужением сосудов (вызывающим ауру) и последующим их расширением (самый припадок).

Сосудистые изменения элективны, будучи связаны с местным процессом (см. выше — Локализация припадков по Фёрстеру), и в то же время эти изменения стимулируются токсическими моментами.

Дифференциальный диагноз генуинной эпилепсии в выраженных случаях не представляет затруднений и основывается на наличии припадков, психических эквивалентов, изменений характера и своеобразного эпилептического слабоумия; в частности важное диагностическое значение имеют

тическое значение имеет *petit mal*, почти исключительно свойственный генуинной эпилепсии. Эпилептические психические расстройства при отсутствии судорожных припадков могут представлять затруднения в смысле дифференцировки от других душевных заболеваний (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз). Однако внезапное начало и конец, наличие изменения сознания, однообразие отдельных приступов, *Haftenbleiben*, особая напряженность и немотивированность аффекта отличают изменения настроения эпилептиков от соответствующих маниакально-депрессивных расстройств. Равным образом состояния эпилептического возбуждения, связанные с расстройством сознания, с яркими, большей частью световыми галлюцинациями при отсутствии шизофренических черт, внезапность начала и конца — дают возможность отграничения от раннего слабоумия. От истерии эпилепсия отличается особенностями припадков; при истерии обычна неполная потеря сознания, большей частью сохранены реакция зрачков, преобладание выразительных движений над судорожными; отсутствие ночных припадков, связь припадков с предшествовавшими переживаниями. Далее истерикам несвойственно ведущее к слабоумию течение болезни, которое характерно для эпилептиков. В случаях, когда эпилепсия осложняется истерическими явлениями, что нередко бывает, особенно у девочек, решающим фактом должно считать наличие эпилептических симптомов. Наиболее трудно и практически важно отграничение генуинной эпилепсии от симптоматической и особенно от различных более или менее доброкачественных эпилептиформных состояний детского возраста, о которых будет речь в следующей главе, где также найдет себе место и дифференциальная диагностика этих состояний от эпилепсии.

Лечение генуинной эпилепсии нельзя считать совершенно безнадёжным делом. Из лекарственных средств до сего времени важнейшим нужно считать бромистые препараты. Такое лечение несомненно уменьшает число припадков и смягчает общее течение эпилепсии. При больших дозах целесообразно бывает одновременное применение сердечных средств, например *Adonis vernalis*. Хорошие результаты получаются также от применения люминала, причем это средство можно чередовать с бромистым лечением. При эпилептическом статусе показано применение амиленигидрата или же паральдегида в больших дозах (до 2,0 для 7—10-летнего ребенка), причем иногда приходится вводить эти вещества с клизмой, так как непрерывность припадков может мешать их введению через рот. Важное значение при эпилепсии имеет диета; всякие возбуждающие напитки, не говоря уже об алкоголе, вредны; мясной пищи следует избегать; предпочтительны молоко и овощи. Рекомендуется также уменьшение поваренной соли и замена ее бромистыми солями. Очень важно также своевременное очищение кишечника, недопущение излишеств в пище с целью избежать кишечных завалов и связанных с ними интоксикаций. Некоторыми авторами рекомендуется прямо голодная диета (Альт—Alt) и даже определенное лечение голоданием с целью уменьшения ацидоза в течение 7—10 дней (с приемом одной лишь воды — Стенли Кобб — Stenly Cobb). Все эти диететические мероприятия имеют значение, поскольку обмен веществ у эпилептиков несомненно представляет,

как упоминалось, резкие отклонения от нормы, ведущие к аутоинтоксикации.

Хирургическое лечение при генуинной эпилепсии нельзя считать до сих пор обнадеживающим средством. Быть может метод Фёр-процесса (см. выше) приведет в дальнейшем к более благоприятным результатам.

Большое значение имеют медико-педагогические меры при воспитании и обучении эпилептиков. Как уже было упомянуто, лишь в самых легких случаях, когда припадки очень редки и слабоумие не выражено, дети могут посещать нормальную школу; при наличии умственной недостаточности и опять-таки, если припадки очень редки, возможно обучение эпилептиков в вспомогательной школе. Но если припадки бывают довольно часты, становится невозможным пребывание таких детей и в нормальной и в вспомогательной школе; припадки сильно действуют на окружающих детей, нарушают ход занятий, а главное припадочные дети требуют специального надзора и могут представлять опасность для себя и окружающих. Таким образом при выраженной эпилепсии дети могут обучаться и воспитываться лишь в специальных учреждениях для эпилептиков, где конечно надзор и обстановка приспособлены для таких больных. Помимо припадков и особенности характера эпилептиков—раздражительность, склонность к аффектам, жестокость—часто делают невозможным их пребывание среди здоровых детей.

При обучении ремеслам, подготовке к той или другой профессии следует принимать во внимание особенности, отличающие эпилептиков. Всякие ремесла и профессии, сопряженные с опасностями, работа с машинами и т. п. конечно должны быть исключены. Наиболее подходящими для эпилептиков являются некоторые сельскохозяйственные работы, конторский труд, если позволяет уровень психических способностей, разные неответственные и несложные ремесла, когда приходится работать сидя, с простыми и неопасными инструментами. Слабоумные эпилептики с частыми и неопасными приступами подлежат уже соответствующим учреждениям для хроников.

С л у ч а й 46. Б-ной К., 13 лет, поступил 28/IV 1925 г. Патологическая наследственность отрицается. Родился в срок, развивался правильно, отличался хорошим характером, начал учиться, но прекратил вследствие припадков. Припадки с 9 лет; начинаются парестезиями в пальцах правой руки, затем наступает подергивание в правой руке, далее судороги генерализируются, мальчик теряет сознание, бывает непроже, далее судороги генерализируются, мимика вялая, походка извольное мочеиспускание. Телосложение диспластическое, мимика вялая, походка неуклюжая, речь медленная, неясная. Мальчик с узким кругозором; все психические процессы происходят крайне медленно, с трудом осмысливает вопрос, к абстрактному мышлению совершенно неспособен. По эксперименту ассоциации медленны, скудны, бессмысленны. Память понижена, замечается вязкость, с трудом отвлекается от предмета, туп, равнодушен к окружающему; бывают головные боли, особенно перед припадками. Раздражителен. Упадок интеллекта и изменения характера начали развиваться с тех пор, как появились припадки.

С л у ч а й 47. Б-ной В., 7 лет, поступил 20/VIII 1925 г. Среди родственников много алкоголиков, родители здоровы. Первый припадок был в возрасте 1½ года, продолжался часа 1½. После этого припадков не было до декабря 1924 г., когда появились сначала petit mal: на 2—3 секунды терял сознание, но упасть не успевал; затем стали появляться и большие судорожные припадки с потерей сознания. Интеллект в пределах нормы; мальчик по характеру веселый, общительный, иногда слегка раздражи-

тельный. Признаков эпилептического слабоумия пока нет, что очевидно объясняется недавним началом заболевания.

С л у ч а й 48. Б-ной Ж., 10 лет. Поступил 24/II 1925 г. Среди родственников есть алкоголики и эпилептики, родители здоровы. Травма головы 10 месяцев от роду. Развивался правильно; припадки начались с 6-летнего возраста в виде кратковременных потерь сознания (*petit mal*). Больших судорожных припадков никогда не бывало. Учиться начал 7 лет, учение дается с трудом. Status. Походка вялая, медленная; интеллектуально отстает на 2 года; вял, мало активен. Припадки совершаются так: глазные яблоки несколько поднимаются кверху, веки чуть опускаются, взгляд становится бессмысленным, сонным. Застывает в том положении, в каком был до припадка (т. е. сидит или стоит, предмет, который держал в руке, так и остается); иногда производит движения руками вдоль бедер, затем активно подымает веки и продолжает занятия; продолжительность припадка 5—10 секунд, бывают они несколько раз в день. Итак, в данном случае эпилепсия выражается исключительно в *petit mal*. Все же интеллект ослабел, характер же пока мало изменился.

С л у ч а й 49. Б-ной С., 13½ лет; поступил 11/II 1925 г. Отец умер от прогрессивного паралича, мать нервная, покушалась два раза на самоубийство; среди родственников по отцовской и материнской линии много раздражительных, с тяжелым характером, алкоголиков. У мальчика припадки с 3-месячного возраста, довольно частые, иногда несколько раз в день, с потерей сознания, судорогами, прикусыванием языка и потерей мочи. С 3 лет припадки реже, мальчик стал развиваться, с 7 лет начал успешно учиться. С 9 лет припадки участились снова. Частые головные боли; способности стали заметно падать, ослабела память, вместе с тем резко изменился характер; крайняя раздражительность, постоянные скандалы, особенно возбужден перед припадками. Сложение диспластическое, походка медленная, речь тягучая, замедленная, ночное недержание мочи. При разговоре путается в деталях, *Haftenbleiben*, часто забывает нужные слова (олигофазия), туго соображает. Запас сведений отрывочный, многое перезабыл. Крайне аккуратен, подолгу вытряхивает одежду, тщательно укладывает свои вещи, вследствие чего одевание и раздевание продолжается очень долго. В клинике наблюдались типические эпилептические припадки. В этом случае имеются явные признаки эпилептического изменения характера и слабоумия.

С л у ч а й 50. Мальчик С., 12 лет. Экспертиза: обвиняется в поджоге отцовского дома, раньше в разное время совершил еще два поджога. Психопатическая наследственность отрицается, в раннем детстве развивался правильно, 6 лет — травма головы. Учился в школе удовлетворительно: был скромным, послушным, но иногда впадал в мрачное настроение, припадков не было. Физическое развитие соответствует возрасту; со стороны внутренних органов и нервной системы ничего особенного. Запас сведений достаточный, речь медленная, устный счет производит медленно и с ошибками, память и внимание не расстроены. Настроение несколько подавленное, тоски ничем не мотивирует. Относительно поджога дает сбивчивые показания; повидимому недостаточно ясно помнит о них. 16/I ночью беспокоен, лезет на стену, под кровать, чего-то ищет, весь дрожит, на вопросы не отвечает. Через час успокоился и заснул; утром не помнил, что с ним было. Аналогичное состояние повторялось днем, продолжаясь минут 10—15. Б-ной дрожит, следит за чем-то глазами с выражением страха на лице; зрачки широки. Придя в себя, объясняет, что видел яркую звезду и ему было страшно. Смутно помнит, что делал в это время. Говорит, что так с ним бывает уже в течение последних 5 лет; поджигал каждый раз в таком состоянии, но о поджогах смутно помнит; иной раз убегал из дому в таком состоянии и возвращался, когда приходил в себя. Дано заключение, что испытуемый страдает эпилепсией. Мальчик остался в больнице. В дальнейшем у него наблюдались приступы сумеречного состояния с сильным беспокойством: стремится бежать, кусается и т. п. Наблюдались также состояния с повышенным настроением, двигательным возбуждением: больной много говорит, поет, но скачки идей незаметно.

Кроме того один раз (уже после дачи заключения) наблюдался настоящий судорожный припадок. Диагноз: „эпилепсия“ здесь вне сомнений, даже до появления судорожного припадка. Характерны сумеречные состояния со световыми галлюцинациями, а также колебания настроения в сторону подавленности и возбуждения; при этом депрессия без интрапсихического и психомоторного заторможения и ничем не мотивируется субъективно, возбуждение без склонности к деятельности, а только к движению, и при отсутствии скачки идей; характерны далее внезапность начала и конца как сумеречных состояний, так и изменений настроения.

Эпилептиформные состояния, не относящиеся к генуинной эпилепсии (эпилептиформные реакции).

1. Симптоматическая эпилепсия. Сюда относятся многочисленные мозговые заболевания детского возраста, о которых была речь в главе об олигофрениях и которые при соответствующей локализации могут сопровождаться судорожными припадками. Чаще всего это энцефалиты и менингоэнцефалиты, клинически протекающие в виде так называемых детских параличей. От генуинной эпилепсии такие случаи отличаются наличием очаговых явлений, отсутствием прогрессирующего течения и характерных черт эпилептического характера. Возможны впрочем случаи комбинаций местных поражений мозга с генуинной эпилепсией, о чем было уже упомянуто. Кроме того могут быть судорожные припадки и при таких заболеваниях, как сифилис мозга, ювенильный паралич, различные отравления и, как увидим в дальнейшем, шизофрения. Наконец уже описанный выше туберозный склероз представляется злокачественным процессом, сопровождающимся большим количеством судорожных припадков. При всех этих болезнях свойственные им основные признаки (в частности при люэтических заболеваниях серологические реакции) позволяют установить правильный диагноз. К симптоматической эпилепсии следует также повидимому относить и описанную Серейским эндокринно-токсическую эпилепсию. Как показывает название, эта форма связана с поражением желез внутренней секреции; главным образом здесь имеет значение гипертиреоз; у большинства больных наблюдается базедовский синдром. Обычно у больных отмечается соответствующее наследственное отягощение (эпилепсия и эндокринные расстройства). Припадки большей частью короткие, не сильные, иногда по типу *absence*. Психические изменения сводятся к потере трудоспособности, раздражительности, расстройствам настроения. Лечение — органотерапевтическое.

2. Травматическая эпилепсия. Помимо тех случаев, когда травма способствует выявлению генуинной эпилепсии у предрасположенных к этой болезни детей, непосредственное повреждение мозгового вещества может вызвать раздражение, вызывающее эпилептические припадки. Чаще всего однако в таких случаях припадок носит характер местной или джексоновской эпилепсии, когда судороги ограничиваются определенной частью тела, соответствующей пораженным центрам, и протекают без потери сознания. Возможность точной локализации в таких случаях дает основание для хирургического вмешательства, нередко дающего благоприятные результаты.

Помимо травм джексоновская эпилепсия возможна и при местных ограниченных энцефалитах и менингитах.

3. Случайные судорожные припадки. При оценке случайных припадков, довольно частых у детей, нужно иметь в виду то обстоятельство, что механизм судорожного припадка может вызываться различными раздражителями, причем порог раздражения различен у разных субъектов, но во всяком случае он низок у детей, особенно маленьких, сравнительно со взрослыми. Неудивительно поэтому, что самые разнообразные случайные вредные моменты — повы-

шения температуры, рефлекторные раздражения глистами, инфекции и т. п.—могут вызвать у ребенка судорожный припадок, который не оставляет в дальнейшем никаких неблагоприятных последствий, являясь лишь случайной реакцией на вредный агент, а не признаком такого тяжелого хронического заболевания, как эпилепсия. Распознавание возможно лишь при осторожном взвешивании всех обстоятельств, связанных с припадком, и на основании дальнейшего течения данного случая.

4. Спазмофилия. Этот термин охватывает детскую эклампсию, ларингоспазм и тетанию. Спазмофилия характеризуется повышенной механической и гальванической возбудимостью периферической нервной системы, она обыкновенно наблюдается в конце первого и на втором году жизни, выражается в довольно частых судорожных припадках, обычно наблюдаемых в определенное время года (конец зимы, начало весны). Спазмофилия часто бывает связана с рахитом и общим физическим недоразвитием, а также вероятно с дисфункцией желез внутренней секреции (паратиреоидных). Указанные выше признаки до некоторой степени позволяют отграничить спазмофилию от эпилепсии, но иногда лишь тщательное дальнейшее наблюдение помогает установить диагноз окончательно. В литературе является спорным вопрос о том, не заболевают ли в дальнейшем спазмофилики эпилепсией. Повидимому в большинстве случаев, насколько удавалось проследить, этого не бывает; но спазмофилики в дальнейшем часто оказываются неполноценными детьми, умственно недоразвитыми, физически хилыми, склонными к аффективным вспышкам и т. п.

5. Аффективные респираторные судороги. Эти припадки протекают следующим образом. В связи с испугом или сильной болью ребенок начинает кричать, в результате чего наступает инспираторная остановка дыхания; ребенок становится цианотичным, затем резко бледнеет, головка запрокидывается назад, сознание более или менее теряется; мускулатура или расслабляется или находится в тоническом напряжении; клонические судороги тоже бывают, но не всегда; иногда непроизвольно выделяются моча и кал. Замечательно, что такой припадок может быть если не прерван, то сокращен путем какого-либо местного раздражения, например опрыскивания холодной водой. Обычно дело касается детей нервных с вазомоторной лабильностью; родители обычно психопаты или алкоголики. Предсказание при этой форме вполне благоприятное. Указанные выше особенности припадка и особенно их реактивность позволяют дифференцировать эту форму от генуинной эпилепсии.

6. Детские обмороки. У детей с лабильной вазомоторной системой, нервных, легко устающих, физически слабых, часто болеющих, легко возбудимых, склонных к мастурбации, с плохим беспокойным сном, малокровных, нередко бывают обмороки; обычно это дети (чаще девочки) 7—10 лет. У них темнеет в глазах, они падают без сознания, судорог не бывает; обмороки чаще бывают при утомлении, особенно в душных помещениях, иногда при виде крови, какой-нибудь царапины у себя или даже у других, иногда в связи с испугом, или же от вдыхания сильных одуряющих запахов и т. п. При падении ребенок не ушибается, он успевает иногда дойти до безопасного места. Распознавание от эпилепсии, как видно

из описания, имеет достаточно опорных пунктов. Предсказание благоприятно; лечение — укрепляющее.

7. Нарколепсия. Эта форма, описанная впервые Gelineau, выражается в припадках сна, сопровождающихся общим расслаблением тонуса. Ребенок вдруг начинает чувствовать непреодолимую усталость и засыпает на несколько минут (обыкновенно не более четверти часа). Случается это чаще всего в утренние часы. Иногда вызывающим моментом является аффект. Сон во время припадков похож на нормальный. Пробуждение происходит само собой, но его можно ускорить, разбудить больного, как при обычном сне. Нарколепсия обычна у психопатических детей и подростков (чаще у мальчиков от 10 до 20 лет). Предсказание благоприятно. Наступление сна, как и падение тонуса, наблюдаемые при нарколепсии, в некоторых отношениях имеют аналогию с симптомами эпидемического энцефалита, что очевидно зависит от общности локализации в подкорковых центрах. Однако дифференцировать нарколепсию от эпидемического энцефалита конечно нетрудно.

К нарколепсии близко явление, описанное Оппенгеймом под названием смехового припадков (Lachanfall) и состоящее в том, что у ребенка (чаще у девочек) вследствие сильного хохота теряется на короткое время сознание, что сопровождается, как и при нарколепсии, расслаблением тонуса.

8. Аффектэпилепсия. Брац (Bratz) описал случаи, когда у детей психопатических, возбужденных, неустойчивых, с лабильным вазомоториумом наблюдаются эпилептиформные припадки, ничем не отличающиеся по внешности от настоящих эпилептических, но наступающие всегда в связи с аффектом. У таких субъектов наблюдаются и другие явления, свойственные эпилепсии, как *petit mal*, обмороки, изменения настроения, приступы ярости. Это — дети и подростки, очень трудные в воспитательном отношении, склонные к антисоциальным поступкам, к бродяжничеству, нетрудоспособные. От настоящих эпилептиков они отличаются отсутствием тенденции к слабости, реактивным возникновением припадков, а также тем, что очень сильные (иногда несколько раз под ряд) припадки не влекут за собой той общей разбитости, того болезненного утомления, которое свойственно настоящим эпилептикам после припадков. Аффектэпилептики в сущности относятся к психопатам (стр. 219) и требуют главным образом лечебно-педагогических воздействий.

9. Пикнолепсия (сл. 42). У детей в возрасте от 3 до 12 лет внезапно развивается заболевание, выражающееся частыми, кратковременными припадками (до 50 в день). Такое заболевание длится месяцами, а иногда и годами и так же внезапно заканчивается, как и начинается; при этом после припадков не отмечается никаких явлений утомления, и все заболевание не нарушает развития ребенка и не ведет ни к каким изменениям со стороны психики в отличие от эпилепсии. Самые припадки кратковременны, выражаются в потере сознания, причем голова обычно откидывается назад, глаза закатываются, появляется частое моргание век, повышается тонус, главным образом в мышцах рук; клонических судорог не бывает. В общем припадки похожи на эпилептический *petit mal*, но при пикнолепсии все же больше двигательных проявлений и характерна большая множественность припадков. Появ-

ление припадков пикнолепсии иногда как будто связано с психогенным моментом, иногда же этого установить не удается. Замечено, что припадки могут проходить от перемены обстановки. Лечение бромом безрезультатно. Обычно дети, страдающие пикнолепсией, происходят из психопатических семейств. Некоторые авторы высказывают предположение о принадлежности пикнолепсии к генуинной эпилепсии. Однако доброкачественность течения в длительно прослеженных случаях и доброкачественность самих припадков, несмотря на большое их число, заставляет считать пикнолепсию обособленным от эпилепсии заболеванием, с неясным однако патогенезом.

Случай 51. Б-ная В., 6 $\frac{1}{2}$ лет поступила 5/XI 1925 г. Отец раздражителен, мать здорова. Развивалась с некоторым опозданием, но в дальнейшем выправилась. По характеру очень впечатлительна. С марта сего года начались припадки, сначала несколько раз в день, последнее время до 50 раз. Статус: соответствует возрасту по физическому и умственному развитию. Припадки происходят так: когда больная стоит, то во время припадка делает несколько шагов назад, запрокидывает голову, закатывает вверх глаза, мигает веками. Припадок продолжается не больше полминуты. Если больная сидит, то просто запрокидывает голову назад и пр. Повидимому не вполне теряет сознание, отталкивает руку матери, если та ее касается. Один раз во время припадка поднесли ей ложку с вареньем — она открыла рот; другой раз во время припадка на вопрос — хочешь ли чаю, ответила — хочу. После припадка бывает икота, разговор, прерванный припадком, продолжает после его окончания. За время наблюдения припадки бывали от 7 до 40 раз в сутки. Лечение укрепляющее. В апреле 1926 г. припадки совершенно прекратились. Изменения характера в связи с заболеванием не наблюдалось. Диагноз: пикнолепсия.

ГЛАВА XIV.

ШИЗОФРЕНИЯ.

Шизофрения представляет эндогенное заболевание, ведущее к слабоумию, основными симптомами которого являются своеобразные расщепления психики, выражающиеся в нарушении ассоциативных процессов, поражение эмоциональной области, изменение эффекторных, геср. психомоторных функций и нарушение отношений личности к внешнему миру (аутизм). На почве этих основных явлений частью как их последствие и дальнейшее развитие, частью как добавочное поражение тех или иных функций у шизофреников развиваются самые разнообразные симптомы нарушений психической деятельности: отгораживание своей личности от окружающего мира, углубление в собственные переживания, кататонические расстройства (недоступность, негативизм, каталепсия, ступор, мутизм, стереотипии в позах, действиях и разговоре), амбивалентность и амбитендентность (одновременные противоположные чувства и стремления), гримасничанье, манерность, далее изменение настроения, приступы немотивированного возбуждения и спутанности, кататонические припадки, галлюцинации всех органов чувств, бредовые идеи и т. п. Перечисленные симптомы, свойственные шизофрении, не во всех случаях бывают выражены целиком; многообразные их комбинации складываются в чрезвычайно пестрые картины болезни, которые могут быть сгруппированы

в несколько форм шизофрении в зависимости от преобладания тех или иных болезненных явлений. Здесь могут быть указаны главные:

1) простая шизофрения (*dementia simplex*), выражающаяся в наличии лишь основных симптомов без резких психотических проиступлений в медленном, нарастающем деградации, в обеднении и запусе психической жизни;

2) гебефрения, выражающаяся в более резких нарушениях интеллектуальных, эмоциональных и эффекторных функций, в разорванности мыслительного процесса, интрапсихической атаксии, нелепом поведении (манерничанье, смешливая дурашливость и т. п.);

3) кататония, при которой на первом плане кататонические явления — ступор, каталепсия, мутизм, стереотипии и пр., чередующиеся с приступами возбуждения;

4) параноидная форма, которая характеризуется главным образом наличием бредовых идей и галлюцинаций;

5) наконец должна быть выделена **циркулярная форма**, выражающаяся преимущественно в периодических изменениях настроения, в приступах, сходных по внешности с маниакально-депрессивным психозом, но при наличии основных симптомов шизофрении и тенденции к слабоумию.

Однако все эти формы выделяются лишь для удобства группировки разнообразных симптомов данной болезни, они никоим образом не могут считаться определенно замкнутыми и ограниченными одна от другой. Не только существуют смешанные переходные формы, но и у одного и того же больного мы можем наблюдать смену проявлений болезни, относящихся к разным формам шизофрении. Простая шизофрения может в дальнейшем развернуться в кататоническую и параноидную, параноид может дать кататонический ступор и т. д. Единство болезни, выражающееся в основных ее симптомах, особенно ярко проявляется в единообразии исходных состояний слабоумия (*Endzustand*) различных по степени, но сходных в основных своих чертах независимо от формы, в которую отливается болезнь в своей более острой стадии. Данные патологической анатомии, генетики, исследование соотношений со строением тела и моторным складом еще более укрепляют значение шизофрении как определенной нозологической единицы, несмотря на многие неясности в патогенезе этой болезни.

Шизофрения чаще всего начинается в молодом (юношеском) возрасте, но несомненные случаи этой болезни наблюдаются и у детей, начиная с 7—8 лет, а иногда и раньше. Все же нужно сказать, что шизофрения не очень частая болезнь детского возраста и что следует пожалуй предостеречь от излишне частой постановки диагноза — „шизофрения“, особенно у детей до 10-летнего возраста.

Особенности шизофрении детского возраста сравнительно с взрослыми заключаются в том, что эта болезнь у детей обычно гораздо более бедна симптомами; особенно редки параноидные формы с их экзквизитными бредовыми и галлюцинаторными проявлениями. Далее при шизофрении у детей больше пожалуй, чем при какой-либо другой болезни, картина затемняется той задержкой развития, которая, как мы много раз упоминали, осложняет

всякие заболевания детского возраста; шизофрения не только дает свойственные ей симптомы, изменяя и разрушая психические функции, но в то же время влияет на потенциальные возможности данного субъекта, задерживая его развитие и давая таким образом дополнительные симптомы олигофренического характера. Ясно само собой, что эти дополнительные явления занимают в картине болезни тем большее место, чем моложе ребенок.

При определении шизофрении чрезвычайно важное значение имеет вопрос о начале болезни и о том, каков был ребенок до заболевания. В этом отношении возможны следующие случаи:

1. Ребенок до заболевания ничем особенно не отличался, был удовлетворительных или даже очень хороших способностей, полноценный, с нормальным характером, успешно учился в школе и т. д.

2. Ребенок до заболевания отличался особенностями характера: был замкнут, задумчив, нелюдим, не имел товарищей и т. д. При этом благодаря достаточному, иногда очень хорошему интеллекту, учился успешно (наличие шизоидных черт характера).

3. Ребенок до заболевания был неполноценным психически и физически, тупым, малоумным (олигофренические черты).

В первом случае заболевание шизофренией обрушивается на ребенка неожиданно, внезапно рушатся надежды на его будущее. Во втором случае болезнь по внешности является как бы ухудшением того состояния, которое уже давно являлось особенностью психики данного ребенка; самое начало болезни, установление грани, когда психопатическое состояние перешло в болезнь, является иногда затруднительным. Наконец в третьем случае, когда болезнь развивается у неполноценного, уже малоумного ребенка мы имеем так называемую привитую шизофрению (*Propfschizophrenie*); шизофрения прививается на уже болезненную почву, причем, остается неясным и может быть различно решенным в разных случаях вопрос: не было ли в более раннем возрасте первого приступа той же шизофрении, оставшегося незамеченным, и не является ли следовательно наблюдаемое в данный момент заболевание лишь новым приступом уже давно начавшейся болезни. Вторая возможность заключается в том, что неполноценность есть проявление олигофрении, развившейся вследствие поражения зачатка или других рано повредивших ребенка вредных агентов, и наблюдаемая нами шизофрения есть новое заболевание, развивающееся на почве недоразвития. Решение этих вопросов чрезвычайно затруднительно, если принять еще во внимание, что мы должны основываться на шатких и обычно недостаточных данных анамнеза. В общем следует считать, что могут наблюдаться обе указанные выше возможности.

Как бы то ни было, независимо от того, в каком состоянии был ребенок до болезни, шизофрения вносит нечто новое в жизнь больного, она расщепляет, изменяет психические функции, ведет к более или менее выраженной деградации.

Ребенок становится вялым, апатичным, проявляет мало интереса к окружающему, замыкается в себе, становится малодоступным, каким-то непонятным для окружающих. Появляются гримасничанье, стереотипные фразы, позы и действия, немотивированный смех или плач, нелепые поступки; больной становится неряшливым, зале-

живается в постели, не умывается, не меняет белья; эмоциональная жизнь изменяется: он с поразительным хладнокровием относится к несчастьям близких, раздражается же, а иногда приходит в крайнюю ярость по пустякам, грубо относится к родным, теряет такт в отношении к окружающим. Работоспособность резко падает, больной проводит целые дни, ничего не делая, в школе становится нетерпимым: рассеянным, невнимательным; он начинает отставать от товарищей в учении и обычно сам перестает ходить в школу; в других же случаях нелепость поведения, немотивированные поступки, вспышки аффекта и т. п. заставляют удалить больного из школы еще раньше, чем он обнаружит свою несостоятельность в смысле классных занятий. К указанным выше изменениям характера нередко присоединяются ипохондрические идеи, галлюцинации слуховые, зрительные, обонятельные, общего чувства, бредовые идеи; или же чаще получают большее выражение кататонические симптомы — ступор, каталепсия, мутизм и пр. Изредка наблюдаются изменения настроения в виде циркулярных смен. В общем однако нужно сказать, что в детском возрасте реже, чем у взрослых, можно встретить отчетливо выраженные указанные выше формы шизофрений за исключением разве *dementia simplex*. В большинстве случаев в картине болезни имеются нерезко выраженные и неотчетливые симптомы, свойственные разным формам.

Очень большое значение в картине шизофрений имеют психогенные наслоения — реакции больной личности на раздражения, исходящие от окружающей среды. При неблагоприятной обстановке, неумелом подходе к больному и наличии различных раздражающих моментов больной может стать резко агрессивным, совершает импульсивные поступки, делается совершенно недоступным, враждебным ко всем окружающим, неподдающимся никаким мерам воздействия. При перемене обстановки, устранении раздражающих моментов шизофреник нередко дает резкие улучшения, становится более доступным, начинает принимать некоторое участие в жизни коллектива. Таким образом обострения болезни и, наоборот, наступление ремиссий могут зависеть не только от внутренних причин, связанных с ходом болезненного процесса, но в значительной мере также от экзогенных, социальных моментов. Это обстоятельство имеет конечно огромное значение для организации лечения шизофреников, давая основания надеяться на возможность улучшения во многих случаях, особенно в связи с применением трудового режима, о чем будет речь ниже.

Со стороны соматической прежде всего следует обратить внимание на строение тела. В большинстве случаев это дети диспластического (иногда евнухоиды) или же астенического телосложения. Со стороны внутренних органов часто отмечается туберкулез железистый и легочный, что связано с узкогрудым, слабым сложением; вес тела у шизофреников очень неустойчив, часто колеблется, то резко падая, то быстро повышаясь, что отчасти связано бывает с отказом от пищи или же прожорливостью, а отчасти повидимому и с колебаниями обмена веществ. Нередко наблюдается резкое ожирение, которое может быть связано с внутрисекреторным расстройством. Далее у шизофреников часто наблюдаются общее понижение мышечного тонуса, изменение двигатель-

ных функций, выражающееся помимо кататонических симптомов в неуверенности и неловкости движений, расстройстве равновесия и статики, потере ритмичности движений, в дрожаниях, подергиваниях мускулатуры лица, вялости мимики, недостаточности защитных движений; далее обычные симптомы: повышение сухожильных рефлексов, вялость зрачковой реакции, отсутствие зрачкового беспокойства (нормальных, ритмических колебаний радужной оболочки, связанных с психическими процессами), монотонность речи, изменение почерка и пр. Наконец при шизофрении, а именно при кататонической форме у детей, пожалуй даже чаще, чем у взрослых, наблюдаются припадки, выражающиеся в обмороках, цианозе, мелких подергиваниях, состояниях, близких к коллапсу. Далее следует отметить вегетативные симптомы: дермографизм, цианоз конечностей, слюнотечение, изменение пульса, понижение кровяного давления, иногда резкую потливость и пр. Исследование крови, обмена веществ, эндокринного аппарата не дало пока общих, обнимающих все случаи изменений. Понижение обмена веществ наиболее резко у кататоников. В острых случаях наблюдается повышенное выделение фосфора, углекислоты, серы, мочевины и мочевой кислоты. Пигини находил у многих шизофреников холестерин в спинномозговой жидкости, чего никогда не бывает у здоровых. Далее находят в некоторых случаях увеличение щитовидной железы, замедление развития половых желез, но эти находки далеко не постоянны.

Течение болезни при шизофрении чрезвычайно разнообразно. В одних случаях мы имеем непрерывное прогрессивное ухудшение состояния больного, которое доходит до глубоких степеней слабоумия и общей беспомощности; в других случаях болезнь как бы затихает, больной становится спокойнее, ровнее; у него остаются некоторые странности: он сторонится людей, аутистичен, крайне недоверчив, его эмоциональная жизнь уплощена, он снизился в своей работоспособности, стал более вялым, апатичным, чем прежде, но он все же кое-как приспосабливается снова к работе, кое-как учится, ведет себя сравнительно корректно и в общем следовательно представляет субъекта, выздоровевшего с дефектом, много растерявшего во время болезни, но все же стабилизировавшегося на известном уровне вследствие затишья в дальнейшем ходе болезни. Такое состояние может быть неопределенно длительным и тогда для больного получается возможность даже закончить образование и в дальнейшем работать, сохраняя конечно некоторые отмеченные выше дефекты психики. Однако в большинстве случаев затишье бывает непродолжительным, наступают ухудшение, новые, более или менее продолжительные приступы болезни, больной еще более снижается и т. д. Иногда несколько приступов болезни приводят субъекта к исходному состоянию далеко зашедшего слабоумия. В более благоприятных случаях, особенно при так называемых циркулярных формах, снижение после каждого приступа бывает незначительно и больной, несмотря на повторно возникающие болезненные состояния, все же удерживается на достаточно благоприятном уровне.

Распознавание шизофрении в детском возрасте иногда представляет значительные трудности вследствие уже упомянутой не-

яркости проявления болезни в этом возрасте и вследствие присоединения явлений недоразвития. Очень важно установить перелом в жизни и развитии ребенка, связанный с началом болезни. Для отграничения от олигофрений самое важное — это констатирование деградации психики при наличии своеобразных симптомов расщепления и эмоционального отупения. При олигофрении мы не имеем продолжающейся деградации, олигофреник с годами даже несколько улучшается, идет вперед, хотя и медленнее, чем нормальный ребенок. Нужно еще отметить во избежание ошибок, что при глубоких формах олигофрении возможны двигательные симптомы, сходные с кататоническими — стереотипии, *Idiotenbewegungen* и т. п. В общем лишь тщательный анализ проявления и течения болезни дает достаточно оснований для распознавания.

При более легких формах шизофрении может возникнуть вопрос о распознавании от шизоидной психопатии; более или менее определенное начало болезни и тенденция к деградации и здесь говорят за шизофрению. Пожалуй наиболее затруднительным является отграничение шизофрений от реактивных форм, протекающих иногда с кататоническими явлениями и очень напоминающими шизофренические приступы. Здесь очень важно установить связь заболевания с психогенным моментом; затем исход данной вспышки и состояние ребенка после выздоровления могут способствовать правильности диагноза. Осторожность здесь тем более необходима, что и настоящая шизофрения может случайно быть спровоцирована внешними моментами.

От маниакально-депрессивного психоза в детском возрасте шизофрению редко приходится дифференцировать. Все же циркулярно протекающие формы шизофрении могут в этом отношении представлять известные затруднения. В таких случаях нужно иметь в виду характерные для маниакально-депрессивного психоза живость аффекта, доступность, отсутствие какой бы то ни было деградации.

Патогенез шизофрении до сих пор далеко не выяснен. Большое значение повидимому имеет наследственное предрасположение, причем, как и при эпилепсии, очень часто наблюдаются в семьях шизофреников заболевания по боковым линиям, когда больны дяди, тетки и пр., а не родители; это обстоятельство говорит за то, что предрасположение к шизофрении передается по наследству как рецессивное свойство. Далее в семьях шизофреников очень часто наблюдаются и разные другие психические и соматические болезни и между прочим сифилис; это говорит за то, что в этиологии болезни может иметь значение поражение зачатка. Различные внешние факторы — тяжелые заболевания, психические и физические травмы, переутомление и т. п. вредные агенты, нередко фигурирующие в анамнезе шизофреников в качестве причинных моментов, повлекших за собою заболевание, имеют значение, как повод, ускоривший начало болезни или обостривший ее начальные проявления; у детей нередко еще как на причину шизофрении указывают на упорный онанизм, но здесь мы имеем дело скорее с одним из симптомов самой болезни, чем с ее причиной.

Вопрос о сущности шизофрении является крайне спорным. Ряд авторов, опираясь на внутрисекреторные расстройства при этой болезни, отстаивает ее эндокринное происхождение; однако такая

теория патогенеза шизофрении не доказана; в конце концов и анатомические исследования эндокринного аппарата и исследование обмена веществ и различные мероприятия, имеющие целью воздействие на органы внутренней секреции, не дали сколько-нибудь определенных результатов. Напротив, исследование центральной нервной системы с несомненностью указывает на постоянное поражение тех или иных участков мозга при этой болезни.

В настоящее время превалирует взгляд, что врожденная неполноценность определенных мозговых систем служит основной причиной мозгового процесса, являющегося субстратом данной болезни; вместе с тем развиваются и эндокринные дисфункции частью вследствие влияния заболевшей нервной системы, частью вследствие неполноценности самих желез внутренней секреции. Внутрисекреторные расстройства в свою очередь не остаются без влияния на функции мозга и таким образом получают сложные взаимоотношения заболеваний как центральной нервной системы, так и эндокринного аппарата, в результате чего и наблюдаются разнообразные шизофренические проявления.

Патологическая анатомия шизофрении, представляя очень ценные данные для понимания сущности этой болезни, не может однако считаться в настоящее время достаточно разработанной. Несомненно при всех случаях этой болезни имеются анатомические изменения в мозговой ткани, но эти изменения не столь характерны и эксквизитны, чтобы можно было на основании их ставить посмертный диагноз с такой определенностью, как например при прогрессивном параличе. Анатомический диагноз шизофрении в большинстве случаев приходится устанавливать лишь предположительно.

Патологоанатомические изменения мозга при шизофрении ограничиваются почти исключительно дегенеративными изменениями эктодермы; мезодерма остается неизменной, воспалительных явлений совершенно не наблюдается. Изменения нервных элементов обнаруживаются в виде различных типов заболевания клеток: склероз, жировое перерождение, липоидный склероз, вакуализация, наконец полная гибель клеток, в результате чего получают очаги запустения в коре. Такие очаги запустения, связанные с гибелью нервных клеток, до некоторой степени нарушают архитектуру коры. Фибриллярный аппарат нервных элементов также иногда поражается, но в меньшей степени. Еще менее постоянны изменения нервных волокон — лишь в далеко зашедших случаях обнаруживается поражение преимущественно тангенциальных волокон. Что касается глии, то поражения этой ткани обнаруживаются постоянно при шизофрении, причем обычны как прогрессивные, так и регрессивные изменения. Наблюдаются гипертрофия глиозных клеток, размножение, увеличение числа ядер, образование глиозных скоплений (Gliarosen), усиление образования глиозных волокон; особенно резко размножение глии в очагах запустения коры, где глиозная ткань заменяет выпавшие нервные элементы. В острых случаях при так называемых кататонических припадках отмечается амёбическая глия, которая впрочем наблюдается и при других катастрофических острых мозговых поражениях (например при эпилептическом статусе). Медленное разрушение нервной ткани при шизофрении влечет за собой скопление продуктов распада, которые иногда

откладываются около сосудов и влекут за собой разрастание элементов сосудистых стенок как следствие их раздражения этими продуктами; получающееся таким образом поражение сосудов является вторичным, не имеющим прямого отношения к шизофреническому процессу. Интересно далее, что при шизофрении имеются также иногда ряд особенностей, указывающих на задержку развития мозга (двухядерные клетки Пуркинье в мозжечке, клетки Кахаля и пр.).

Патологоанатомические поражения констатируются во всех частях коры и в подкорковых ганглиях (*striatum, thalamus*), обычно преимущественные поражения находят в лобных долях; далее интересно наблюдение, что из всех слоев коры наиболее выражены изменения в третьем и отчасти в пятом слое.

Лечение шизофрении в общем представляет неблагоприятную задачу, так как мы не имеем возможности так или иначе воздействовать на самый процесс. Однако несомненно, что во многих случаях нам удастся смягчить и улучшить течение болезни. При этом однако медикаментозное лечение не дает сколько-нибудь существенных результатов; то же нужно сказать и о всех попытках повлиять на эндокринный аппарат, на обмен веществ путем введения тех или иных вытяжек желез или даже путем хирургического вшивания больным желез внутренней секреции (например половых желез от животных). Таким образом при лечении шизофрении у детей главное внимание должно быть обращено на лечебно-педагогические воздействия. При этом основное, что нужно иметь в виду, это необходимость противодействия аутистическим наклонностям больного; нужно, напротив, по возможности связывать его с внешним миром, добиваться усиления его внешней активности; можно сказать определенно, что ребенку-шизофренику за исключением острых проявлений болезни не рекомендуется отдых, так как, не работая, он опускается и еще более углубляется в самого себя, порывает и без того слабые связи с внешним миром. Шизофреник поэтому должен по возможности продолжать учиться, даже в нормальной школе, если он там не мешает и продолжает кое-как подвигаться, вперед, как нередко бывает в более легких случаях. Вообще же нужен какой бы то ни было труд, как важнейший способ упражнения и сохранения активных функций ребенка. Поэтому, если пребывание его в школе становится невозможным из-за его болезненного состояния, то нужно так или иначе организовать его занятия, пока к тому имеется хотя малейшая возможность. Конечно в острых приступах болезни показано больничное содержание, но шизофреника никогда не следует задерживать в больничной обстановке, где могут создаться условия еще большего отчуждения его от внешнего мира; только лечебные учреждения, где налажена и педагогическая работа, где правильно поставлен труд, показаны для шизофреников; если же этого нет, то больному даже лучше быть в семье, где он будет ближе к жизни, чем в больнице. Из занятий для шизофреников больше показаны конечно такие, где проявляется и требуется активность; поэтому чтение без разбора, в которое иногда углубляются шизофреники, как способствующее интравертированному направлению его переживаний, меньше показано, чем труд в коллективе. Далее имеет значение

ограждение больного от травмирующей обстановки, что нередко бывает в семье, когда у больного даже развивается бредовое отношение к родным. Хотя шизофрения — эндогенное заболевание, но несомненно, что вредные жизненно-эпизодические факторы нередко ухудшают болезнь, дают разные нежелательные осложнения, вспышки возбуждения и т. п. Ясно, что все это должно быть учтено при терапии шизофрении. Наконец в более тяжелых случаях, когда больные совершенно неработоспособны и находятся в состоянии резкого психического распада, возможны лишь меры призрения и ухода, применяемые вообще к безнадежным хроникам.

Случай 52. Б-ной Л., 15 лет. Поступил 10/IX 1925 г. Отец приходится дядей своей жене. В роду были душевные заболевания. Наш больной развивался правильно, учился удовлетворительно до заболевания. Был во 2-й группе II степени уже в 1923 г. Заболел в декабре 1923 г., стал уединяться, плохо спал, писал какой-то учебник гимнастики. Перестал ходить в школу, стал раздражительным, грубым. Вскоре состояние как-будто улучшилось, стал снова учиться. В сентябре 1924 г., как будто испугавшись каких-то криков, впал в бредовое состояние. Был очень возбужден, никого не впускал в квартиру, ночами не спал, с кем-то разговаривал. Снова через неделю состояние улучшилось, учился до апреля 1925 г., успешность однако сильно упала. В апреле снова возбуждение, зрительные, слуховые галлюцинации; слышал голоса, с кем-то переговаривался, жаловался, что его электризуют, слышал скверные запахи, не спал, был очень озлоблен. Убежал из дому, привел домой наряд милиции, заявив, что всех его домашних убили бандиты. Через несколько недель все прошло; лето провел в хорошем состоянии, но в августе новое ухудшение; почти перестал разговаривать, высказывал идеи преследования: в пищу подсыпают яд, хотят его зарезать. Стал отказываться от пищи, впал в кататонический ступор, лежал неподвижно, каталепсия. В таком состоянии поступил в клинику. Из состояния ступора вышел недели через три, стал слегка возбужден, дурашлив, не подчинялся режиму, обижал маленьких детей; много резонирует, задает нелепые вопросы, эмоционально туп, ничем не интересуется, не работоспособен, мало доступен. Запас сведений достаточный. Телосложение астеническое, мимика однообразная, тремор в пальцах рук, походка вялая, движения неловкие; цианоз конечностей, потливость, дерматографизм, малокровие, лимфоцитоз. Выписан в состоянии улучшения 10/XII 1925 г.

Случай 53. Б-ной В., 16 лет, поступил 18/XI 1922 г. Отец умер от дизентерии, был замкнутый, необщительный, мнительный, нерешительный. Дед по отцу такого же характера, алкоголик, умер от рака. Бабка страдала психическим расстройством. Умерла от рака. Мать страдает шизофренией. Мальчик родился преждевременно, рос слабым, малоподвижным, замкнутым ребенком, чуждался сверстников. В 8-летнем возрасте был свидетелем вооруженного нападения, после чего были зрительные галлюцинации устрашающего характера — люди с огненными глазами. 10 лет начал учиться, успевал плохо, оставался в классе на 2-й год, а затем был исключен. После этого ему стало казаться, что все, даже животные, над ним смеются. Вел себя странно, был помещен в психиатрическую больницу. Выписался через месяц с улучшением, но учения не возобновил. Сидел дома, был малоразговорчив, необщителен. Последнее время стал считать до 200 перед едой, перед сном и пр. Ел только днем, вечером же отказывался. Status: астеническое сложение, повышенные сухожильные рефлексы, тремор рук, мимика вялая, зрачки нормальны; ориентирован, имеет несколько испуганный вид; поступая в клинику, справился, четырехугольные ли здесь столы, если круглые, то ему нельзя будет есть. Боится также некоторых форм стульев. Он должен считать перед всяким делом. Он слышал, что если этого не будет делать, то пропадет, испарится, как пар. Мебель и др. предметы должны стоять в определенном порядке, иначе ему будет плохо. Иногда, если что-нибудь не так поставлено, больной становится среди комнаты и ест стоя. Вечером от еды отказывается. Боится луны, она его сковывает; некоторых детей вдруг начинает считать колдунами, грозит их убить. Иногда подолгу стоит на одном месте в однообразной позе, иногда же, напротив, возбужден; часто резонирует, задает такие вопросы: „сколько в Москве яиц и сколько картофеля, интересно чего больше“. Эмоционально туп, не обнаруживает никаких привязанностей, интересы ограничиваются едой и выполнением ритуала, „чтобы не погибнуть“.

Случай 54. Б-ная Б., 14 лет; поступила 5/VIII 1921 г. Отец тяжелого характера, другие родственники здоровы. Больная родилась на месяц раньше срока, развивалась с опозданием. Отличалась замкнутостью, нелюдимостью, упрямством; несколько от-

ставала в интеллектуальном отношении; учение не давалось. С 9 лет отмечаются странности: рвала вещи, убегала из дому. В марте 1920 г. — состояние возбуждения; жаловалась, что на нее напали и кусают мыши, царапалась; были слуховые галлюцинации, страх; не узнавала окружающих, была агрессивна; речь бессвязная; отказывалась от еды. Так продолжалось месяца два. Физически инфантильна, выглядит как 10-летний ребенок. Нелюдима, упряма, негативизм, импульсивность. Спокойное состояние сменилось новым приступом в октябре 1921 г.; отказ от пищи, бредовые идеи отравления, попытка покончить с собой. Временами ступорозное состояние; неопытная. Далее у больной наблюдались припадки: лежит неподвижно, конечности холодные, цианотичные; зрачки расширены, на свет реагируют, пульс и дыхание учащены. Припадок продолжается около часу. Приступы возбуждения и обострения сменяются сравнительно спокойным состоянием, когда больная проявляет лишь замкнутость, негативизм, стереотипии и значительную степень умственной отсталости. Диагноз: шизофрения.

Случай 55. Б-ной М., 14 лет, поступил 11/XII-1925 г. Отец здоров, мать очень нервная, раздражительная; в ее семье имеются психопаты, душевнобольные. Мальчик физически развивался правильно, но всегда был худой, капризный, крикливый. Обидчив, чувствителен. Учится с 5 лет, способности были хорошие. Года два назад стали замечать, что мальчику трудно учиться; вместе с тем он стал более раздражителен, перестал владеть собой, стал малоподвижен, бездеятелен, равнодушен к окружающему. Резонировал на отвлеченные темы. Был помещен в школу-лечебницу д-ра Кащенко. Провел там больше года, — особых перемен не было. Дома продолжалось то же самое: апатичен, ничем не интересуется, раздражителен. Status: телосложение астеническое, в росте отстал на 2 года. Мимика застывшая, безразличная, жестикуляция скудная, походка медленная, речь замедленная, с паузами, голос немодулированный. Малоподвижен. Неврологических уклонений не отмечается. Со стороны психики — вялость, апатия, безразличие, иногда немотивированное раздражение. Малодоступный. Ассоциации отличаются разорванностью, разобщенностью причудливыми сочетаниями (по эксперименту). Интеллектуальная отсталость незначительная (на 1 — 1½ года). Запас сведений достаточный, но владеет он ими несвободно, иногда с трудом подбирает слова, не сразу отвечает на вопросы. Заметны амбивалентность и амбитендентность: он всегда между двумя решениями и ни на одном не может остановиться самостоятельно. Понемногу может заниматься; читает. Резких кататонических симптомов, бредовых идей и галлюцинаций не обнаруживается. Диагноз: шизофрения — простая форма.

ГЛАВА XV.

МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ.

Еще реже, чем шизофрения, встречается в детском возрасте маниакально-депрессивный психоз. Так в нашей амбулатории из 1035 первичных посещений в 1925/26 г. только в четырех случаях был поставлен диагноз маниакально-депрессивного психоза. Весьма возможно однако, что в детском возрасте бывают чаще невыраженные, кратковременные, мягкие формы маниакально-депрессивного психоза, нередко ускользающие от психиатрического наблюдения.

Маниакально-депрессивный психоз, как известно, протекает в различных формах, которые даже раньше считались как бы отдельными болезнями (мания, меланхолия, циркулярный, периодический психоз); однако со времен Крепелина, создавшего общую концепцию маниакально-депрессивного психоза, можно считать общепринятым, что все эти различные состояния относятся к одной болезни. Кажущееся разнообразие и даже противоположность проявлений этой болезни, зафиксированная, так сказать, в самом ее названии, не нарушает известного единства, заключающегося в болезненных колебаниях функций одних и тех же психических механизмов, связанных главным образом с настроением, с изменениями

биотонуса, далее — в наклонности к повторению болезненных приступов, проявляющихся часто в разных формах у одного и того же больного, и наконец в доброкачественности заболевания, не влекущего за собой деградации.

Проявления маниакально-депрессивного психоза в детском возрасте в общем сходны с теми, которые наблюдаются и у взрослых; можно только сказать, что у детей несомненно чаще бывают маниакальные приступы, тогда как у взрослых и особенно у пожилых людей преобладают депрессивные состояния.

Маниакальное состояние выражается в повышенном настроении, ускорении течения идей и психомоторном возбуждении. Это — основные симптомы, которыми определяется картина приступа, другие явления в большинстве могут считаться производными, следствием указанных выше расстройств. В состоянии маниакального возбуждения больной весел, подвижен, суетлив, возбужден, много говорит, легко отвлекается, внимание его неустойчиво. Скачка идей иногда достигает такой степени, что больной не заканчивает начатой мысли, перескакивает на другую; больные бегают, поют, танцуют, пишут стихи, иногда и речь их носит рифмованный характер вследствие преобладания ассоциаций по созвучию. Больные плохо спят и обыкновенно теряют в весе вследствие увеличенной подвижности. Шум и беспокойство, причиняемые маниакально-возбужденными детьми, их неусидчивость и отвлекаемость быстро делают их невыносимыми в школе и семье; больные иногда пропадают из дому, едут к каким-нибудь родственникам или же заводят случайные знакомства на улице и по целым дням не являются домой. Вместе с тем однако больные хорошо ориентированы в окружающем, часто подмечают разные мелочи, обыкновенно в курсе всех дел учреждения, если они попали в лечебницу, необыкновенно общительны и быстро ориентируются в новой обстановке. Часто больные много пишут, списывают кучи листов, иногда стихами, обычно мало заботясь о внешности, небрежно, вдоль и поперек, так что трудно бывает разобрать что-либо в этих писаниях. Такое состояние может длиться от нескольких дней до нескольких месяцев.

В состояниях **депрессии** наблюдается обратное: основная триада симптомов — подавленное настроение, замедление течения идей, психомоторное заторможение. Больные вялы, задумчивы, жалуются на скуку, тоску, плохое настроение, плохо едят, мало и беспокойно спят; работоспособность их падает, они с трудом понимают прочитанное, не в состоянии усваивать классное преподавание, часто плачут; иногда заторможение может быть так велико, что они не в состоянии произвести самой простой умственной работы или же делают ее крайне медленно (например простое вычитание); далее больные малоподвижны, ходят согнувшись, еле волоча ноги. Нередко к этому присоединяются ипохондрические мысли и состояния страха; больные тревожны, ожидают какой-нибудь беды, боятся, что что-нибудь случится плохое с их родителями и т. п.

Из смешанных состояний у детей чаще всего бывают так называемая гневная мания и ажитированная депрессия. При гневной мании общему возбуждению сопутствует не радостное веселое настро-

ение, как при чистых формах мании, а раздражительность, злобность; больные дерутся, обижают других детей, много кричат, плачут, очень трудны для ухода. При ажитированной депрессии больные не заторможены, как при чистой депрессии, они раздражительны, постоянно на что-нибудь жалуются, пристают к окружающим, всем недовольны, заводят ссоры с другими детьми и т. п.

На высоте болезни, особенно при маниакальных формах, дело доходит в более тяжелых случаях до спутанности, затемнения сознания, полной диссоциации идей; при этом возможны эпизодические галлюцинации и бредовые идеи, которые впрочем быстро исчезают, как только проходят состояния спутанности.

Гораздо чаще встречаются легкие формы заболевания, которые носят особое название **циклотимии**; при этом у больных бывают состояния гипоманиакальные с легким проявлением общего возбуждения, суетливостью, непоседливостью, повышенным настроением, или же состояния неглубокой депрессии с некоторой подавленностью настроения, заторможенностью в умственной и двигательной сферах; при циклотимии больные все же сохраняют свою работоспособность, хотя и несколько пониженную (особенно при депрессии) и в состоянии сдерживать себя в известных пределах. Состояния циклотимии часто окружающими не расцениваются как нечто болезненное и нередко считаются озорством (при гипомании) или же соматическим недомоганием, переутомлением и т. п. (при депрессии), тем более, что подавленное настроение действительно нередко сопровождается ипохондрическими жалобами. Обычно циклотиимики продолжают все же посещать школу.

Как особенности проявления маниакально-депрессивного психоза у детей нужно отметить помимо указанного уже преобладания маниакальных форм над депрессивными еще то обстоятельство, что в детском возрасте реже бывают столь стойкие депрессии, или мании с ровным в течение ряда месяцев течением болезни, как у взрослых. Депрессивные дети легче отвлекаются от своей тоски, чем взрослые, у них чаще бывают моменты облегчения, проблески более хорошего настроения; также и маниакальные дети часто как бы утомляются, несколько успокаиваются, иногда даже их веселое повышенное настроение на короткий промежуток сменяется подавленностью с плачем и пр. Если это иногда бывает и у взрослых, то во всяком случае гораздо реже.

Определенных неврологических симптомов при маниакально-депрессивном психозе не отмечается (наблюдается, правда, повышение сухожильных рефлексов). Со стороны вегетативной нервной системы имеются более или менее резкие отклонения, особенно в отношении вазомоторных расстройств: повышение сердечной возбудимости, учащение дыхания и пульса, дермографизм, повышенное потение, покраснение лица у маниакальных больных; бледность лица, цианоз конечностей и пр. у депрессивных. Наблюдаются также изменения со стороны обмена веществ, особенно в связи с резким возбуждением и глубокой депрессией.

Течение маниакально-депрессивного психоза, как известно, очень разнообразно. В одних случаях фазы маниакальные сменяются депрессивными, и наоборот, после чего наступает светлый промежуток, снова прерываемый сменой болезненных приступов;

в других случаях маниакальные и депрессивные приступы отделены светлым промежутком, в третьих — наблюдаются только маниакальные или только депрессивные или смешанные состояния. Иногда длительным меланхолическим приступам предшествует или за ними следует короткая (в несколько дней) маниакальная фаза, или, наоборот, к длительной маниакальной фазе до или после присоединяется короткая депрессия. Бывают также случаи непрерывной смены без светлых промежутков большого числа маниакальных и депрессивных фаз, после чего наступает наконец светлый промежуток. Длительность приступов очень различна — от нескольких дней до нескольких месяцев и дольше; еще более разнообразна длительность светлых промежутков: от нескольких дней до многих лет. Сила приступов также бывает различна, причем в одних случаях наблюдаются резкие болезненные расстройства, в других исключительно слабые колебания настроения (циклотимия) и наконец в третьих наблюдаются у одного и того же субъекта приступы разной силы и продолжительности.

Следует далее отметить, что и в промежутках между выраженными приступами у детей бывают более мелкие колебания настроения, но все же более резкие, чем это свойственно норме. Еще более интересно, что некоторым больным в промежутках между приступами свойственно все же несколько необычное настроение с уклоном или в некоторую депрессию или в гипоманиакальность. Наконец очень важно иметь в виду, что у некоторых детей при отсутствии ясных приступов психоза может быть более или менее постоянное слегка повышенное (гипоманиакальное) или же слегка подавленное настроение. В первом случае мы имеем детей вечно подвижных, шумливых, болтливых, веселых, суетливых, во втором — вялых, заторможенных, с малых лет мрачно смотрящих на жизнь. Такая хроническая мания или депрессия может продолжаться чуть ли не в течение всей жизни, являясь постоянной особенностью данного субъекта. В этих формах особенно ясно проявляется связь маниакально-депрессивного психоза с некоторыми пограничными психопатическими состояниями, о которых речь будет ниже (см. Циклоидные психопатии).

Из этого краткого описания видно, насколько разнообразен по длительности, частоте и степени проявления может быть маниакально-депрессивный психоз, но все же прогноз при этой болезни всегда благоприятен постольку, поскольку она не ведет за собой деградации, слабоумия. Впрочем, если приступы очень часты и длятся подолгу, то ребенок, так сказать, выбивается из колеи и начинает так или иначе фактически отставать от сверстников, пропуская школьные занятия; ход развития до известной степени нарушается, несмотря на отсутствие деградации в центральной нервной системе.

Прогностика при маниакально-депрессивном психозе омрачается еще некоторыми обстоятельствами, а именно: истощением детей от бессонницы, потерей аппетита и пр.; далее при депрессивных состояниях возможны попытки на самоубийство, правда, у детей такие попытки очень редки, но у подростков они быть может даже чаще, чем у взрослых. Значительная часть самоубийств школьников несомненно может быть поставлена на счет депрессии.

Причины и сущность болезни. Маниакально-депрессивный психоз есть эндогенное заболевание, связанное с наследственными факторами. В семьях имеется обычно большое число таких заболеваний; очень часто отмечаются самоубийства родственников и психопатические особенности характера. Обычно такие данные могут быть почти наверняка отнесены к наличию более или менее резко наследственное предрасположение играет доминирующую роль в патогенезе маниакально-депрессивного психоза, то появление отдельных приступов нередко бывает следствием добавочного влияния внешних причин. Конституциональная неустойчивость, склонность к колебаниям настроения под влиянием неблагоприятных экзогенных факторов могут дать приступ болезни. Испуг, пожар, смерть родителей, инфекционные заболевания, травмы могут способствовать проявлению маниакально-депрессивного психоза у наследственно предрасположенных к нему детей. Вместе с тем совершенно обычны случаи, когда приступ болезни появляется без всякой сколько-нибудь заметной видимой причины. Характер приступа однако бывает независим от особенностей внешнего повода; после печальных событий (например смерти близких) у детей (как иногда впрочем и у взрослых) развивается нередко не депрессивное состояние, как можно было бы ожидать, а, наоборот, маниакальное. Возраст повидимому также имеет значение, как момент больше или меньше способствующий появлению приступа. В детском возрасте, как было уже упомянуто, болезнь начинается сравнительно редко, зато переходный, пубертатный, период довольно часто дает вспышки заболевания. Влияние пола (у взрослых женщин этот психоз чаще, чем у мужчин) на детях едва ли может быть обнаружено. Есть основания считать в связи с исследованиями Кречмера и др. авторов, что маниакально-депрессивный психоз более свойствен лицам с пикническим телосложением; на детях этот факт проверить не так легко, имея в виду малочисленность заболеваний и недостаточную выраженность типов сложения у детей; во всяком случае имеющиеся наблюдения на детях по меньшей мере не противоречат этим данным Кречмера.

Так как патологоанатомических изменений при маниакально-депрессивном психозе не обнаруживается, то следует считать, что заболевание вызывается зависящей от наследственного предрасположения аномалией известных психических механизмов, недостаточно совершенно регулирующих процессы, связанные с настроением, биотонусом, темпом умственных и моторных функций. Кроме того ряд авторов считает возможным влияние на происхождение течения болезни дисфункции желез внутренней секреции (главным образом надпочечников и щитовидной железы). Возможно, что такая дисфункция есть проявление общей дисгармоничности данного организма; есть основание думать, с другой стороны, что дисфункция желез является следствием нарушения мозговых функций; при этом получающаяся аутоинтоксикация в свою очередь действует на центральную нервную систему, давая на высоте болезни наложения в виде упомянутых выше состояний спутанности. Впрочем сколько-нибудь точное определение значения желез внутренней секреции при маниакально-депрессивном психозе в настоя-

щее время пока невозможно. Во всяком случае если и существуют при этой болезни аутоинтоксикационные моменты, то они не настолько сильны, чтобы оставлять разрушительный след в центральной нервной системе, как это бывает при более выраженных интоксикациях.

Дифференциальный диагноз. Наиболее важно распознавание маниакально-депрессивного психоза от шизофрении, особенно от той ее формы, которая протекает приступами и при наличии изменений со стороны настроения. Маниакально-депрессивные больные отличаются доступностью, отсутствием аутизма, кататонических явлений, различных видов расщепления психики; они более просты и понятны, близки к норме по своим переживаниям, колебания настроения у них отличаются лишь большим размахом и длительностью сравнительно с нормой; их радость и печаль гармонируют во всех их проявлениях с их поведением, психическим и двигательным обликом; самые эмоции и аффекты у этих больных живы, ярки и в то же время естественны. Напротив, шизофреники недоступны, их поступки, речь, настроение часто дисгармоничны, аффекты неярки. Самое же главное заключается в том, что маниакально-депрессивные больные не деградируют и в промежутках между приступами нормальны, шизофреники же имеют тенденцию к слабоумию.

Реже приходится дифференцировать маниакально-депрессивный психоз от эпилепсии, точнее от эпилептических расстройств настроения. Наличие припадков, расстройств сознания, эпилептического слабоумия и соответствующих особенностей характера обычно дают возможность легко отличить эпилептика от маниакально-депрессивного больного; самое расстройство настроения у эпилептиков отличается особой напряженностью, несвойственной маниакально-депрессивным больным с их яркими и живыми аффектами.

Легкие случаи маниакально-депрессивного психоза (циклотимии) приходится иногда дифференцировать от неврастения. Последняя однако бывает связана с истощением нервной системы, переутомлением, и ее явления сглаживаются в связи с отдыхом; при циклотимии же преобладают эндогенные моменты, меньшая зависимость от внешних обстоятельств; отдых сам по себе циклотимика не излечивает; кроме того при циклотимии более резки эмоциональные расстройства и обычно не выражены свойственные неврастеникам соматические изменения. Равным образом и истерические расстройства настроения, как связанные всегда с переживаниями, зависимые от внешних условий и в общем нестойкие, обычно легко отличаются от маниакально-депрессивных расстройств.

Лечение. При острых проявлениях маниакально-депрессивного психоза показано прежде всего удаление от всяких раздражающих моментов, ухудшающих течение болезни, постельный режим, ванны; далее, симптоматические лекарственные средства против бессонницы, слишком сильного возбуждения и т. п. Вообще, если по отношению к шизофреникам, как уже упоминалось, показано как можно менее продолжительное пребывание в лечебных учреждениях, как можно менее длительное удаление от внешнего мира, то по отношению к маниакально-депрессивным больным желательно держаться обратного. Маниакально-депрессивных больных нужно ограждать

от соприкосновения с внешним миром, применять к ним возможно тщательный и длительный надзор. Это диктуется теми опасностями, которые связаны с маниакально-депрессивными приступами: депрессивные больные могут покончить с собой, маниакальные, особенно подростки, бродяжничают, ввязываются в скандалы, совершают правонарушения, предаются алкоголизму и половым излишествами. Обычно только лечебные учреждения в состоянии организовать лечение и надзор за такими больными. Более затруднительны, как это ни странно на первый взгляд, легкие случаи, которые могут иметь последствием те же опасности, но самая степень психических изменений не дает повода для помещения в лечебницу; для циклотимиков все же показаны учреждения санаторного типа; если же они остаются в семье, то должно тщательно следить за состоянием больного в школе (если он продолжает ее посещать) и дома, и как можно чаще подвергать их психоневрологическому обследованию.

С л у ч а й 56. Б-ной Ш., 15 лет, поступил 24/II 1926 г. Отец и многие родственники с его стороны алкоголики, сестра отца покончила жизнь самоубийством во время депрессии. Мать нервная. Наш больной развивался правильно, учится с 7 лет хорошо. Заболел в марте 1925 г. будто бы после выговора, полученного от учителя. Ушел домой в крайне угнетенном состоянии, плакал, отказался больше ходить в школу, перестал читать книги, говоря, что ему трудно, голова не работает. Речь и движения были очень замедлены. Так продолжалось недель 6. Затем мальчик стал чрезмерно оживлен, весел, танцевал, держал себя необычайно развязно. К концу мая возбуждение улеглось, снова стал посещать школу; во время одной экскурсии отбился от всех участников, вернулся домой усталый, угнетенный. Снова установилось подавленное состояние. В течение лета болезнь протекала с колебаниями; очень ухудшилось состояние после того, как он увидел в июле утопленника, появились страхи, боится оставаться один, подавлен. В сентябре снова возбуждение, весел, суетлив. К октябрю состояние улучшается, мальчик стал учиться в школе удовлетворительно, отмечались однако часто конфликты с детьми. В феврале 1926 г. снова депрессивное состояние, в котором и доставлен в клинику. По росту и весу несколько отстает от своего возраста. Телосложение пикническое. Неврологически никаких отклонений. Выражение лица сосредоточенное, скорбное, речь замедленная, малоподвижен, молчалив, отвечает не сразу, немногосложно, но толково. Ориентирован. На глазах часто слезы; интеллект в пределах нормы. Со второй половины марта настроение улучшается. Начинает принимать участие в занятиях и играх детей. 29/III оживлен, весел, блестящие глаза, много говорит, иногда в рифму. 31/III резко возбужден, развязен, суетлив, пишет беспорядочно, неровным почерком, агрессивен. Состояние возбуждения продолжалось до середины апреля, все время очень подвижен, сексуален, болтлив, иногда раздражителен, спит не всегда достаточно. С середины апреля состояние улучшилось, стал спокоен, настроение ровное. 7/IV выписан выздоровевшим. Диагноз: маниакально-депрессивный психоз.

ГЛАВА XVI.

РЕАКТИВНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (ПСИХОГЕНИИ).

Под психогениями нужно понимать такие заболевания, которые непосредственно зависят от травматизирующего воздействия на психику разного рода тяжелых и неприятных переживаний, связанных с внешними условиями жизни, с влиянием среды. Такое определение однако требует некоторых оговорок. Среди неспециалистов очень распространено мнение, что чуть ли не всякое душевное заболевание связано с тем или иным потрясением. Родители часто связывают начало даже таких болезней, как эпилепсия

или прогрессивный паралич, с психической травмой. Конечно это грубая ошибка; в целом ряде заболеваний действительно психическая травма имеет значение толчка, ускоряющего или обостряющего уже имеющееся заболевание, обусловленное совершенно иными причинами, но конечно такие заболевания не относятся к психогениям. Настоящее психогенное заболевание, будучи обусловленным психической травмой, и в картине болезни и в ее течении, носит отпечаток известной зависимости от вредного момента, послужившего исходным пунктом заболевания. Конечно и при психогениях имеет значение почва, предрасположение субъекта. Можно считать, что самое появление психогенного заболевания у данного больного является своего рода реактивом на некоторую его психическую неустойчивость; однако чрезмерное накопление вредных фактов может расшатать и нормальную психику, особенно если эти факторы ударяют по ее чувствительному месту, являются ключом к механизмам, имеющим особое значение в жизни данной личности (Schlüsseltrauma).

Вопрос о возможности психогений у нормальных несколько иначе может быть трактуем, если принять, что наряду с настоящими психогенными заболеваниями, доходящими до степени психоза, могут быть психогенные изменения характера. Наличие таких изменений не подлежит сомнению, на них мы имеем и некоторые указания в литературе (у Блейлера, Бирнбаума, Странского); ведь само понятие об образовании характера предполагает сотрудничество фактов конституциональных и жизненно-эпизодических (геср. психогенных).

Эмпирически конечно мы не можем сколько-нибудь точно выделить в данном характере его эндогенные и экзогенные (геср. психогенные) компоненты, поскольку образование характера протекает без толчков и резких сдвигов, и только в случаях, когда определенные изменения проявляются в связи с резкими психогенными факторами, они бывают доступны психопатологическому наблюдению и анализу, причем между сдвигами в характере и более грубыми расстройствами, выкристаллизовывающимися в клинически определенные психозы, имеется бесконечное количество переходов.

Накопление психогенных факторов может нарушать прочие функции мозга не только непосредственно, но и более отдаленным путем, влияя через вегетативную нервную систему на такие важные для нормальной работы мозга системы, как кровеносная и эндокринная. Психогенная реакция может схематически зависеть от двух причин: от чрезмерного количества и силы психогенных моментов и от неполноценной психики, от недостаточной интрапсихической проводимости, причем субъект не в состоянии „пропустить через себя“ всего тока переживаний, их „отреагировать“.

Такая интрапсихическая проводимость различна у разных индивидуумов повидимому даже в пределах нормы и может быть совершенно аномальной у психопатических субъектов. Далее поток накопленных раздражений центральной нервной системы может пойти по разным путям опять-таки в зависимости от индивидуальных особенностей данного субъекта, нарушить те или иные функции и дать в конечном счете те или иные психопатические феномены или же соматические расстройства. Иными словами, страдает

locus minoris resistentiae. В одних случаях — при конституциональной лабильности центров личности получают явления короткого замыкания, ослабления высших волевых центров, проявление гипобулических тенденций (кататимические, истерические психогении), в других — расшатывается преимущество vasomotorium и связанные с ним аффективные проявления (Angstneurose), в третьих — заостряются особенности личности (реактивные депрессии у циклотимиков, бредовые вспышки у шизоидов и пр.).

Таким образом психогенные (т. е. проистекающие из психических переживаний) реакции являются следствием динамического нарушения взаимодействия различных нервно-психических механизмов, причем преимущественно расстраивается эмоциональная жизнь, находящаяся в наибольшей зависимости от внешних раздражений. При психогенных реакциях не бывает разрушительных процессов, вследствие чего соответствующие расстройства способны к восстановлению и при благоприятных условиях более или менее быстро излечиваются. Лишь в случаях непрекращающегося влияния неблагоприятных внешних раздражений, особенно при наличии соответствующего предрасположения, может наблюдаться фиксация на длительное время реактивных изменений психики, их хроническое течение.

В настоящее время нет общепринятой группировки психогений. Имеющиеся классификации представляют в сущности перечисления эмпирически наблюдаемых форм, недостаточно систематизированных и выхваченных из общей массы на основании признаков разного порядка, частью симптоматологических, частью этиологических. Такие термины, как пенсионный, тюремный психоз, психоз страха, военный и пр., частью покрывают друг друга и во всяком случае не могут дать определенных концепций. Кроме того названия, связанные с жизненной ситуацией и обычные для взрослых, очень часто являются совершенно неподходящими для детей. Лишь истерия представляется общепризнанным, давно известным психогенным заболеванием, которое однако стоит несколько особняком от других реакций благодаря ряду признаков, связанных с эндогенными свойствами личности.

В связи со сказанным мы представляем здесь несколько отличающуюся от принятых другими авторами группировку реактивных расстройств, причем мы стараемся не дробить систематику, а выделять крупные группы, принимая во внимание главным образом различие тех механизмов, расстройство которых выявляется при разных формах.

Неврастения. Эта болезнь, являясь следствием переутомления, перенапряжения нервной системы в связи с физическими и психическими вредными факторами, представляется формой пожалуй больше соматического, чем психического расстройства. Однако многочисленные соматические симптомы, наблюдаемые при неврастении, обусловлены преимущественно нервно-психическими влияниями. Головные боли, беспокойный сон, быстрая утомляемость, сердцебиение, потеря аппетита, вялость кишечника, общая разбитость и т. д. в значительной мере могут быть отнесены на вегетативные расстройства. Таким образом неврастения с достаточным правом может быть названа вегетативным неврозом. В некоторых

случаях расстройства функций отдельных органов настолько преобладают в картине болезни, что заболевание принимает характер невроза данного органа и по внешности кажется как бы соматическим (некоторые случаи бронхиальной астмы, невроты сердца, желудка и т. п.). Помимо переутомления в детском возрасте известную роль в этиологии неврастения следует придавать онанизму. Конечно онанизм часто является лишь одним из симптомов раздражительной слабости, характеризующей неврастение, но, с другой стороны, самый акт онанизма не может не отзываться на нервной системе. При этом в настоящее время можно считать достаточно ясным, что онанизм не отражается сколько-нибудь резко на центральной нервной системе, он не дает, как раньше предполагали, явлений слабоумия, психического расстройства и пр., но он несомненно расшатывает деятельность вегетаториума: будучи сам ненормальным раздражением одной из вегетативных функций, онанизм вызывает ряд вегетативных явлений и признаков (сердцебиение, общую вялость, синяки под глазами, расстройства сна и пр.).

Течение неврастения как реактивного заболевания характерно в том отношении, что удаление вызвавшей ее причины, отдых перенапряженной нервной системы дает обычно быстрое выздоровление. Этим определяются и терапия и прогноз заболевания. Можно определенно сказать, что этим же фактом приходится руководствоваться и при дифференциальном диагнозе неврастения. Если устранение переутомления не дает улучшения, значит причина в другом моменте, который и следует искать. Следует также иметь в виду необходимость ограничения связанных с неврастением функциональных расстройств (невроты сердца, желудка и пр.) от более серьезных заболеваний отдельных органов (пороков сердца, катарра желудка и пр.). Далее очень важно дифференцировать от настоящей, описываемой здесь реактивной неврастения конституциональную нервность, туберкулезную интоксикацию, разные хронические заболевания мозга, в начальной стадии, как известно, дающие симптомы нервной слабости. Излишне говорить, какое значение имеет здесь диагноз для всего будущего данного ребенка. Только тщательное исследование всего организма может предотвратить возможность очень неприятных ошибок.

Двигательные реакции развиваются частью в зависимости от истощения нервной системы подобно неврастению, частью в связи с более определенными психическими травмами, сопровождающимися аффектами страха, отвращения и т. п. Эти неприятные переживания в одних случаях вызывают преимущественно вегетативные, в других двигательные расстройства или же те и другие вместе. При резком аффекте страха может развиваться общая бурная двигательная реакция в виде панического бегства, бессмысленной „двигательной бури“ иногда с разрушительными наклонностями и т. п. Более часто наблюдаются локализованные длительные **двигательные невроты** психического происхождения. Из них наибольшее значение имеют тики и заикание.

Тики представляют произвольные движения отдельных мышечных групп, часто повторяющиеся, характеризующиеся быстротой, внезапностью. При этом тик воспроизводит защитные, рефлекторные

мимические движения и жесты — в виде мигания, наморщивания лба, различных движений губ, пожимания плечами и т. п. Каждое из этих движений в отдельности возможно и в норме, как нечто целесообразное, чаще всего как выражение стремления от чего-то избавиться, защититься, стряхнуть с себя. При тиках же наблюдается излишнее непроизвольное, насильственное повторение этих движений. Здесь имеется элемент привычки при наличии постоянного раздражения, требующего отреагирования. В частом повторении однообразных защитных и выразительных движений Гомбургер видит проявление беспомощности. Следует отметить, что движения при тике не являются вполне непроизвольными; они могут быть задержаны волевым усилием, и уменьшаться при отвлечении внимания, но усиливаются при волнении. Во сне тики отсутствуют. Помимо неприятных переживаний непосредственным толчком для развития тика могут служить местные заболевания (например мигание вследствие раздражения конъюнктивы глаза может остаться в виде тика после прекращения глазного заболевания) и иногда подражание. Чем ничтожнее повод для возникновения тика, тем больше оснований считать в основе его появления хроническое истощение нервной системы, вызванное неблагоприятными внешними моментами, а иногда также и врожденное невропатическое предрасположение. Очень часто тики развиваются у детей, особенно во время дошкольного (6—7 л.) и пубертатного кризисов; Бонкур (Boncour) пишет, что у 23% детей от 2 до 13 лет наблюдаются тики, которые в большинстве случаев проходят. В анамнезе взрослых тикеров часто бывает детский тик. Тики считаются проявлением расстройства экстрапирамидной моторики, что может быть следствием нарушения деятельности стриальной системы или же результатом ее расторможения вследствие ослабления корковых влияний. Такая локализация тиков в особенности подтверждается тем обстоятельством, что аналогичные двигательные расстройства нередко наблюдаются при органических подкорковых поражениях (особенно при эпидемическом энцефалите).

Течение и прогноз. Тики в детском возрасте могут существовать месяцами и даже годами; в большинстве случаев прекращаются, иногда вновь возвращаются вследствие новых неприятных переживаний или психических травм. В некоторых случаях тики очень упорны и продолжаются у взрослых. Нередко тики одних мышечных групп сменяются тиками в других мышцах. Этими особенностями течения определяется и прогноз, который в общем все же в большинстве случаев благоприятен. Распознавание тика обычно не представляет затруднений. Важно отграничение психического тика от аналогичных органических форм (например в связи с эпидемическим энцефалитом). Считают, что тики органического происхождения встречаются приблизительно в 25—30% всех случаев тика. Тики, начинающиеся у взрослых, можно считать подозрительными в смысле возможности их органического происхождения, главным же отличием органических тиков следует считать их начало в связи с инфекцией, наличие других органических симптомов, отсутствие психических поводов для заболевания.

Лечение психогенного тика: устранение травмирующих психику влияний, общее укрепляющее лечение, психотерапия

стремляющаяся укрепить активное стремление больного подавлять эти произвольные движения; в некоторых случаях приносит пользу фарадизация мышечных групп, дающих тики.

Заикание также представляет двигательное расстройство психогенного происхождения, связанное обычно с психическими травмами. Заикание, как и тики, развивается обычно в детском возрасте, особенно у дошкольников. Своеобразное торможение сложного психомоторного акта речи психическими влияниями приводит к затруднению произношения вследствие клонической судороги в области речевой мускулатуры и напряжения во всех мышцах, имеющих отношение к акту речи. В результате получаются паузы между слогами, повторения слогов, ненормальное протяжение звуков, излишние сопутствующие движения (grimасы, движения в руках и ногах). Неприятные переживания, связанные с расстройствами речи (сознание своей неполноценности, боязнь насмешек, ощущение своего бессилия преодолеть заикание), ведут, с одной стороны, к чрезмерному сосредоточению внимания на акт речи, а с другой — к эмоциональным расстройствам, что в свою очередь еще более расстраивает речь и ведет в некоторых случаях к новым неврологическим изменениям. Таким образом заикание является моментом, травмирующим психику.

Течение заикания может быть длительным вследствие фиксации соответствующих ненормальных двигательных иннерваций. Однако в большинстве случаев заикание, начинаясь в дошкольном возрасте, проходит само собой через несколько месяцев, иногда оно возобновляется в пубертатном возрасте. В неблагоприятных случаях заикание фиксируется и продолжается на всю жизнь. Лечение требует устранения травмирующих влияний, психотерапевтического укрепления стремления больного избавиться от своего недостатка, общих мер, укрепляющих нервную систему. Особое значение при лечении заикания имеют педагогические мероприятия, связанные с систематическими упражнениями, с дыхательной гимнастикой. В последнее время с большим успехом применяется лечение заикающихся путем организации их коллективов: благодаря совместным занятиям при правильном лечебно-педагогическом руководстве больные сравнительно быстро научаются справляться со своим недостатком (опыт диспансера при Институте нервно-психиатрической профилактики).

В литературе имеются указания на некоторое значение предрасположения для заболеваемости заиканием. Как будто чаще развивается это расстройство у лиц астенического телосложения. Особенно указывают на значение в этом отношении тимико-лимфатического сложения, причем будто бы thymus, не редуцируясь своевременно, своим давлением на дыхательные пути оказывает влияние на развитие заикания (Броунинг — Browning).

Примитивные реакции. Эта форма, отмеченная Блейлером и Кречмером и подробно описанная нами, часто встречается у детей; она характеризуется отсутствием истерических расслоений психики, неврологических вазомоторных и эндокринных расстройств, а также соматических симптомов, свойственных неврастении. Изменения психических проявлений при примитивной психогении являются следствием простого перенапряжения определенных систем; этими

свойствами определяются доброкачественность и быстрая излечимость примитивных реакций при благоприятных условиях. Обычно в связи с более или менее резкими и длительными неприятными переживаниями детей, большей частью полноценных, наблюдаются раздражительность, аффективные и эмоциональные расстройства, изменение поведения, проявляющееся в более или менее беспорядочной борьбе с угнетающей их обстановкой. Случаи примитивной реакции, свойственные нормальным и близким к норме детям, являются реакцией на невыносимые внешние условия (сл. 61).

Реактивные депрессии. Более длительные эмоциональные расстройства, выражающиеся в подавленном настроении, страхе и пр., также нередко бывают следствием тяжелых переживаний. В этих случаях однако имеет значение и эндогенный момент в виде соответствующего предрасположения. Реактивные депрессии представляются как бы заострением конституциональных особенностей субъекта. Эта форма конечно близка к маниакально-депрессивному психозу, но отличается от последнего большей связью с внешними моментами, вследствие чего больные обычно выздоравливают в связи с улучшением внешних условий. Кроме того при реактивных депрессиях наблюдается меньше зависимости от наследственного предрасположения—сравнительно с маниакальным депрессивным психозом.

Вазомоторно-эндокринные реакции. Очень нередко в связи с тяжелыми психическими травмами развиваются расстройства преимущественно в вегетативной нервной системе: сердцебиение, лабильность сосудов, головокружения, связанные с этими расстройствами неприятные ощущения в области сердца, состояния внутренней напряженности и беспокойства, обмороки, головные боли.

Очень часто с этими вазомоторными явлениями бывают связаны и дисфункции некоторых желез: надпочечников с увеличением выделения адреналина и щитовидной. В последнем случае получают явления базедовоида с небольшим увеличением щитовидной железы, пучеглазием и другими симптомами. Эта форма не так часто встречается у детей, у взрослых же она—обычное явление, особенно в связи с такими бедствиями, как война, землетрясение и пр.

Вазомоторная форма часто бывает проявлением так называемого травматического невроза, который однако представляется сложным и неоднородным; в других случаях он преимущественно дает истерические явления или же бывает связан с тяжелыми органическими повреждениями мозгового вещества.

Повидимому вазомоторными расстройствами в значительной мере также следует объяснять нередко наблюдаемые в связи с тяжелыми психическими переживаниями состояния сумеречного затемнения сознания с полной дезориентировкой, беспредельным страхом и беспокойством, иногда со ступорозными явлениями и пр. Такие состояния продолжаются обычно в течение нескольких дней или недель и бывают следствием тяжелых катастроф; они часто бывают также связаны и с соматическими повреждениями. Нередко эти состояния в дальнейшем имеют последствием истерические расстройства; они также обычно причисляются к травматическим психоневрозам.

Шизоидные реакции. Шизоидные реакции подобно реактивным депрессиям зависят столько же от внешних факторов, сколько и от конституционального предрасположения. Шизоидные реакции довольно часты у детей в связи с различными неблагоприятными условиями, которые предъявляет нередко к детям жизнь и в частности школа (сл. 62). Довольно часто эта реакция вызывается в связи с поступлением в школу; новые требования, чуждая обстановка, насмешки товарищей над неуклюжим и смущающимся новичком особенно тягостны для ребенка с недостаточными способностями и шизоидными чертами характера, ребенка, с трудом приспособляющегося к новой среде. Получается невыносимое положение, усугубляемое требованием родителей, чтобы ребенок обязательно успевал в усвоении школьных знаний, нередко для него непосильных. Развивается шизоидная реакция, выражающаяся в замкнутости, упрямстве, негативизме, недоступности, немотивированных вспышках аффекта, отказе от посещений школы. В таких случаях может быть ошибочно поставлен диагноз шизофрении. Однако благоприятное течение приступа при устранении его причины, отсутствие явлений действительной деградации помогают правильной постановке диагноза. Нередко бывают такие же реакции и в связи с семейными длительными неурядицами. При этом конечно одни дети дают шизоидную, другие примитивную, третьи истерическую реакцию в зависимости от конституциональных особенностей.

Истерия.

Будучи выражением ненормальной реакции психики на переживания, истерия в то же время имеет своеобразную конституциональную основу; вследствие этого она относится столько же к психогениям, сколько к тем вариациям, которые носят название психопатий. В основе истерии несомненно лежит своеобразная недостаточность, теср. недоразвитие высших психических механизмов, вследствие чего получается возможность их патологического расслоения. В результате мы имеем целый ряд особенностей, свойственных истерии. Растворение эмоциональных движений влечет за собой их исключительное влияние не только на поведение больного, но и на такие соматические функции, которые в норме не подлежат прямому воздействию психики (психогенные появления и исчезания параличей, дрожания, расстройства чувствительности и пр.). Получаются так называемые короткие замыкания — результат прямого воздействия эмоций на те или другие функции без соответствующей нормальной интрапсихической переработки. Вместе с тем освобождаются старые механизмы в виде защитных и выразительных движений, обычно уже в такой мере не функционирующих и проявляющихся в связи с истерическими изменениями.

Поведение субъекта находится в норме под руководством сознательных, в психологии называемых волевыми, и бессознательных (гипобулических) эффекторных функций. При истерии получается расслоение и этих функций с преобладанием гипобулических, причем, с одной стороны, наблюдается внушаемость (слабость воли), с другой — гипобулическое упорство глубоко заложенных влечений.

Удары извне, претерпеваемые неполноценной личностью, влекут за собой рефлекторно повышенное стремление к ограждению своих прав, склонность к эгоизму и эгоцентризму. При этом, с одной стороны, образуются стремление играть роль, рисовка, вытекающие из того обстоятельства, что истеричный хочет быть больше, чем он есть, хочет пережить больше, чем то, на что он способен (Ясперс — Jaspers), с другой же стороны, появляется стремление использовать свою болезнь, получить от нее выгоду, чтобы избавиться от неприятных обязанностей и приобрести право на внимание и уход со стороны окружающих. Самая болезнь таким образом для истерика является своеобразным „выходом из положения“, она кататимична (т. е. идет в направлении желаний, хотя бы гипобулических, данного субъекта). Отсюда при наличии внушаемости то упорство, с каким больные нередко цепляются за свою болезнь и можно сказать привыкают к ней.

Такова в общих чертах сущность истерических особенностей. Они дают чрезвычайно пеструю и разнообразную внешнюю картину; затруднительно даже простое перечисление всех тех симптомов, которые наблюдаются при этой болезни. У детей истерия довольно частое явление, причем в общем детская истерия обычно сопровождается меньшим числом симптомов, часто она даже моносимптоматична, но в общем сущность заболевания та же, что и у взрослых (сл. 57—60).

Истерические реакции, как уже указывалось, в большинстве случаев развиваются у лиц, не совсем полноценных, с инфантильной психикой (а также моторикой и телосложением). Так как и нормальные дети и подростки представляются личностями, не вполне законченными в своем развитии, то в этом возрасте истерические реакции наблюдаются сравнительно часто. Нужно отметить, что и у взрослых истерия преимущественно развивается в молодом возрасте.

Перечислим теперь наиболее частые симптомы, наблюдающиеся при истерии у детей.

Нередко наблюдается: сужение поля зрения; расстройства чувствительности в виде гипальгезий, анальгезий, реже гиперальгезий; они распределяются несоответственно с ходом нервов, а в виде онемения, манжет, перчаток; бывают и парестезии. Часто понижение рефлексов со слизистых оболочек. Далее при истерии бывают параличи, которые опять-таки не связаны с анатомическим распределением двигательных функций и не сопровождаются патологическими рефлексам (например Бабинского). Иногда наблюдаются афония (больной говорит беззвучно), немота (сл. 59), аграфия, иногда неспособность ходить, стоять (астазия — абазия), при отсутствии явлений паралича. Далее наблюдаются гиперкинезы в виде дрожания, судорог, насильственного смеха и плача, спазмы в горле (globus hystericus). Наблюдаются и вазомоторные расстройства — дермографизм, отеки и пр. Очень экзотичны припадки при истерии; они обычно бывают связаны с эмоциональными переживаниями; больные падают (без того однако, чтобы ушибиться), бьются, катаются по полу, выгибаются дугой, размахивают руками и ногами, кричат, проявляют массу выразительных движений, принимают театральные позы, иногда переживая то происшествие, которое послу-

жило в первый раз поводом для начала припадка. Сознание может быть затемнено довольно глубоко, но прикусывания языка и отделения мочи не бывает; зрачки широки и обычно, но не всегда, реагируют на свет. Припадки никогда не бывают во сне—в отличие от эпилепсии. Иногда путем обливания водой и т. п. воздействий удается купировать припадок. Далее при истерии бывают и сумеречные состояния, снохождения, лунатизм. Наблюдается также состояние спутанности с яркими галлюцинациями, большей частью зрительными; при этом больной переживает те состояния, которые послужили поводом для заболевания, что можно заключить иногда по патетическим жестам и позам, по разыгрыванию целых драматических сцен, всегда повторяющихся в одинаковом виде. В некоторых случаях такие болезненные состояния могут длиться неделями и даже месяцами и тогда они получают характер истерических психозов, проявления которых носят основные черты, свойственные истерии. Во время сумеречных состояний нередко наблюдается явление вытеснения, отстранение себя от соприкосновения с действительностью: при этом больной не воспринимает вопросов или превратно их понимает, дает ответы не на тему и т. п. Воспоминания о сумеречных состояниях обыкновенно не остаются у больного, но путем гипноза можно бывает заставить его вспомнить переживания во время затемнения сознания.

Помимо резких проявлений психических расстройств психика истериков представляет ряд постоянных особенностей: повышенная эмоциональная возбудимость, переменчивость настроения, страсть к преувеличениям, повышенная внушаемость, живость чувственной окраски всех переживаний, резко выраженные симпатии и антипатии, повышенное самомнение, эгоцентризм, театральность, ломанье, кокетство—все эти черты обычно свойственны истерикам; нужно еще добавить лживость, страсть к фантазиям и вымыслам, в которых больные играют первую роль; это своего рода бегство от неприятной действительности в мир грез. В отдельных случаях эта лживость и склонность к фантазиям занимает главное место, выступает на первый план в картине болезни. Значительное число психопатов, известных под названием лжецов и фантастов, в сущности относятся к истерии.

Истерия при наличии предрасположения и некоторой недостаточности известных психических механизмов вызывается самыми разнообразными вредными влияниями: травмами, тяжелыми условиями жизни, испугом и т. д., особенно большое значение повидимому имеют сексуальные травмы; стыд и страх, связанные с ними, нередко ложатся в основу подсознательных переживаний во время сумеречных состояний и припадков. Конечно не только сексуальные травмы (значение которых преувеличивается последователями Фрейда), но и другие тяжелые переживания, если они не могут быть отреагированы, если субъект не в состоянии, так сказать, пропустить их через свою психику, вытесняются ниже сознания, и образуя болезненный комплекс, так или иначе влияют неблагоприятно на привычное течение психических процессов, способствуя свойственному истерии расслоению психических механизмов.

Течение истерии у детей в общем благоприятнее, чем у взрослых: как сказано, обычно заболевание беднее симптомами и легче устранимо при улучшении условий жизни субъекта.

Дифференциальный диагноз типичных случаев не представляет затруднений. От эпилепсии дифференцировка основывается на особенностях припадка, на отсутствии деградации личности у истерика, на живости истерической психики сравнительно с тяжелой психикой эпилептика. Затруднения представляют случаи, когда у эпилептиков бывают и истерические припадки; здесь однако не следует думать о какой-то переходной болезни (истеро-эпилепсии старых авторов), а лишь об осложнении одной болезни другою.

Отграничение истерии от органических заболеваний центральной нервной системы представляет затруднения, главным образом в тех нередких случаях, когда истерия наслаивается на органическое страдание. Тщательный неврологический и психопатологический анализ является особенно необходимым при истерии ввиду полиморфности ее симптомов.

Лечение истерии. Как и при других психогениях, самое важное— это изменение жизненных условий, повлиявших на возникновение болезни. Правильный режим, предоставление больному таких условий, при которых болезнь не только не дает выгод, но и мешает интересам больного (как это видно из случая 59), часто бывают достаточными для излечения. Осторожно проведенная психотерапия, выявление комплексов, нарушающих психические функции больного, часто дают благоприятные результаты, но фрейдовская психотерапевтическая методика нередко является палкой о двух концах; путем фиксации внимания больного на вытесненных переживаниях получается иногда не изживание, а закрепление болезненных явлений. Многие симптомы могут быть устранены гипнозом, но и гипноз не изменяет основных свойств больной психики. Из воска можно лепить разные фигуры, но нельзя изменить свойств самого воска, именно тех свойств, которыми мы пользуемся для изменения его формы, но не сущности.

В конечном счете мы главным образом при лечении истерии базируемся не на рафинированных утонченных психотерапевтических методах, а на обычных медико-педагогических мерах перевоспитания личности и на изменении условий ее жизни в благоприятную сторону.

Случай 57. Б-ная Б., 11 лет. Поступила 21/VIII 1925 г. Отец нервный, раздражительный, алкоголик. Мать страдает головными болями; среди родственников много нервных, с тяжелыми характерами и алкоголиков. Девочка развивалась правильно, нервных, с тяжелыми характерами и алкоголиков. Девочка развивалась правильно, отличалась нервностью. В самой семье все время ссоры, неприятности. Месяца два назад начались припадки. Первый припадок после ссоры с матерью: стала плакать, кричать, видела умерших братьев, билась руками и ногами, на вопросы не отвечала. Прикусывания языка, пены у рта и пр. не было. Через несколько минут все прошло. После этого припадки часто повторялись, что и привело ее в клинику. Больная пикетического телосложения; неврологически кроме дрожания век, языка, пальцев ничего особенного. Манерна, говорит с ужимками, жалуется плачущим голосом на разные недомогания. 29/VIII был припадок. Извивалась, стонала, плакала, сознания не теряла. Когда врач строго сказал ей, чтобы она не мешала своим криком, притихла и успокоилась. Часто жалуется страдальческим тоном на головные боли, но быстро отвлекается, начинает весело болтать. Очень несдержана в проявлении чувств, громко и подолгу плачет или смеется. Внушаема. Интеллект невысок, в пределах нормы. После 3—4 припадков (в течение первых одной-двух недель пребывания в клинике), когда оказалось, что на них ни-то не обращает внимания, припадки в дальнейшем не повторялись. Диагноз: истерия.

Случай 58. Мальчик В., 13 лет. Отец алкоголик; мать нервная. Мальчик развивался правильно физически и психически. С 8 лет в связи с семейным разладом между отцом и матерью стал раздражительным, вспыльчивым. В возрасте 11 лет

припадок сумеречного состояния в течение нескольких минут. Рвал на себе одежду, метался, кричал. Судорог, недержания мочи, прикусывания языка не было. Был через некоторое время помещен в психиатрическую больницу, где припадки продолжались. По выписке из больницы припадков не было. Настроение неустойчивое. Status: телосложение астеническое, тремор языка и век, быстрая игра вазомоторов, сужение поля зрения справа, отсутствие глоточного и конъюнктивального рефлексов, расстройство чувствительности: пояс гипестезии на туловище, лакунарная гиперестезия с извращением температурной чувствительности. Моторная сфера хорошо развита. Мальчик приветливый, веселый, с живой фантазией, внушаем, легко поддается общему настроению. После волнения в связи с посещением отца припадок. Выгибался дугой, судорожно плакал. Спазмы в горле. В течение месяца в дальнейшем бывали попытки симулировать припадки в виде легкого пошатывания; осторожно падает, стонет. В дальнейшем состояние значительно улучшилось, припадков больше не наблюдалось.

С л у ч а й 59. Девочка С., 12 лет. Мать была раздражительная, брат больной — психопат. Девочка развивалась в общем правильно, с 11 лет в детском доме. Там проявила себя как ребенок порывистый и впечатлительный. Однажды другая девочка ударила больную в грудь, она упала, а затем перестала говорить и слышать. С этого момента с окружающими обращалась письменно и знаками, которые быстро усвоила от одной глухонемой девочки детского дома. К ударившей ее девочке относилась безжалостно, преследовала ее и собиралась убить. С такими жалобами принята в клинику. Status: малый череп, зрачки неправильной формы, рефлекс глоточный и корнеальный понижены, конъюнктивальный отсутствует, пателлярные — живые. Чувствительность нормальна, поле зрения не сужено, но обнаруживаются нечувствительные пятна в левом глазу. Все время в двигательном возбуждении, произносит отдельные звуки, поднимает громкий крик, визг и плач, беспокойна; говорить не может и как будто ничего не слышит. На 4-й день пребывания первый припадок. Раскидывает руками и ногами, выгибается всем туловищем дугообразно, глаза открыты, зрачки широки, хорошо реагируют на свет; пены изо рта, прикусывания языка и пр. не было. Через 5 дней в связи с обещанием выписать, когда больная начнет говорить и слышать, она начинает слышать обращенную к ней речь, затем произносит несколько слов и весело сообщает детям, что она выздоровела. В связи с этим изменяется поведение, становится общительной. Настроение неустойчивое, внушаема, капризна, сексуальна, интеллект невысок, психически быстро утомляется, интересы детские. Выписана с улучшением. Диагноз: истерия.

С л у ч а й 60. Мальчик В., 13 лет. Отец душевнобольной, покончил жизнь самоубийством; мать раздражительна, легко плачет. Материальные условия тяжелые. Развитие до 6 лет правильное, никаких отклонений, кроме энуреза. 6 лет в детской колонии, где жил больной, один из мальчиков ударил больного ремнем ночью в постели; больной вскочил, бросился бежать, забрался в лесу на дерево и там просидел до утра. Повидимому было сумеречное состояние сознания. С тех пор побеги ночью, крики, страхи, беспокойный сон; характер меняется в сторону неуравновешенности и возбудимости. Взятый домой матерью продолжал находиться в том же состоянии, вследствие чего помещен в клинику. Телосложение правильное, по росту и весу соответствует норме. Отмечается тремор пальцев, век; теряет равновесие при стоянии на одной ноге; манерен, походка расслабленная, вял, владеть собой не умеет, не может подавить страха, при уколе для взятия крови падает в обморок, быстрая утомляемость; все, что касается его заболевания, ярко воспроизводит, часто конфабулирует. Чрезвычайно внушаем, легко поддается гипнозу. Настроение изменчиво, то возбудим, капризен, ворчлив, то кроток, податлив. Возбужденное состояние бывает перед сном. Засыпает только со снотворными; ночные страхи, крики, бегство. В дальнейшем состояние несколько улучшилось, сон более спокойный; к школьным занятиям приспособляется с трудом, быстро отвлекается. Выписан с улучшением. Диагноз: истерия.

С л у ч а й 61. Б-ная В., 13 лет. Мать была душевнобольная, в семье матери много психопатов и душевнобольных. Отец здоров, в его семье также много психопатов. Девочка развивалась хорошо физически и психически; 6 лет назад в связи с психическим заболеванием матери в доме была тяжелая атмосфера; характер девочки в связи с этим резко испортился: стала непослушна, груба, упряма, неряшлива, неправильно относилась к больной матери, ругала и дразнила ее. Когда мать отправили в больницу, девочка быстро изменилась к лучшему, училась. После же смерти матери и женитьбы отца в течение последнего года состояние девочки снова ухудшилось; сильно раздражительна, груба: постоянно устраивала без достаточного повода сцены мачехе, доходила до иступления, портила вещи, изрезала на куски платье и т. п. Status: пикнического телосложения, никаких неврологических симптомов, нормальный интеллект; поступила в учреждение охотно, лишь первые две-три не-

дели отмечалась необщительность, вскоре и это сгладилось, в дальнейшем ведет себя правильно, хорошо учится. Быстрое выздоровление в связи с изменением среды. Прimitивная психогения.

Случай 62. Б-ная Б., 8½ лет. Поступила 28/I 1926 г. Отец нервный, трезогенная реакция в виде депрессивного состояния. Дед по отцу алко'олик, тетка невропатка, мать нервная, лабильная, дед по матери алкоголик, бабка тяжелого характера. Б-ная развивалась правильно, была живой и веселой. Осенью 1925 г. определена в школу, учиться не хотела, избегала посещать школу, говорила, что там все воры, жулики, грязные; начала отказываться от еды, мотивируя тем, что у нее грязные руки; плохо спала, часто плакала; перестала совсем ходить в школу, уединилась, говорила, что хочет умереть; подолгу стоит на одном месте, опустив голову, говорит, что видит какого-то дядю, часто озирается, как будто кого-то боится. Status: астенического телосложения. Питание понижено; с неврологической стороны ничего особенного. Первые дни как-то растеряна, автоматически всему подчиняется, ест вяло, сон беспокойный, вскакивает, плачет. К концу первой недели состояние стало быстро улучшаться, улучшились сон, аппетит. Стала принимать участие в играх. Бодра, весела, отмечается повышенная впечатлительность. По интеллекту низкая норма. Объясняет, что очень ей было тяжело, неприятно в школе, над ней смеялись и ее обижали. 24/IV вып. сына здоровой. Реакция шизоидного характера, вызвана поступлением впечатлительной девочки в школу без достаточной подготовки.

ГЛАВА XVII.

ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ.

Уже при рассмотрении психогенных заболеваний мы встретились с изменениями, зависящими как от внешних неблагоприятных моментов, так и от повышенной ранимости, нестойкости, конституциональной недостаточности самого организма. В настоящей главе предметом нашего рассмотрения будут эти конституциональные отклонения сами по себе, причем мы имеем в виду аномалии, представляющие психические вариации, близкие к норме, так называемые пограничные или психопатические состояния. Последние следует отличать от уже описанных нами олигофрений, характеризующихся более или менее резким недоразвитием всех психических функций, с преобладанием интеллектуальной недостаточности. При психопатиях дело идет не об общем недоразвитии, а об особенностях в структуре психики, о дисгармонии отдельных нервнопсихических функций, о неадекватности, несоразмерности реакций на внешние раздражения при достаточно, иногда даже высоко развитом интеллекте. Количественной неполноценности олигофрена можно противопоставить качественные аномалии и особенности психопатов.

Этиология психопатий определяется преимущественно наследственным предрасположением, однако на основании исследований последнего времени большое значение также следует прилагать и экзогенным, главным образом социальным факторам. Наследственность определяет преимущественно тенденции психопатии к определенному структурному оформлению, что же касается содержания свойственных данной личности особенностей, а также отчасти той степени и силы отклонений, которыми практически определяется принадлежность этой личности к области патологии, то это зависит от внешних моментов, влияющих на динамическое развертывание свойств индивида в данной конкретной обстановке. С другой стороны, при одинаковых внешних условиях в зависимости от особенностей

предрасположения могут развертываться психопатии разных типов или же личность может и не дать уклонений, доходящих до степени психопатий. Таким образом наследственные особенности являются психопатией. Таким образом наследственные особенности — моментом, predisposing moment, социальные факторы — моментом, вызывающим психопатию. Поэтому практически в зависимости от социальных условий количество психопатий (фактически выявленных) может увеличиваться или же уменьшаться и следовательно конституциональные задатки не являются фатальными, аномальные тенденции могут не развернуться до степени патологических уклонений. Больше того, следует подчеркнуть, что граница между нормой и ее крайними вариациями — психопатиями — условна и что степень уклонений изменяется в течение жизни пограничной личности в зависимости от биологических и особенно социальных факторов. Поэтому один и тот же субъект в течение своей жизни в смысле психических уклонений может то доходить до степени психопатических состояний, то оставаться в пределах или на границе нормы. Неблагоприятные социальные условия, углубляя характерологические дисгармонии, отбрасывают такую личность в сторону патологии, благоприятные — удерживают в пределах нормальной человеческой массы. Таким образом у психопата в сущности более или менее устойчивы свойственные ему тенденции к определенным уклонениям (принадлежность к определенному характерологическому кругу), степень же уклонений (а следовательно и возможность диагноза психопатии) определяется внешними факторами, вследствие чего конкретный психопат данного момента практически не является фатально психопатом на всю жизнь, и обратно, субъект, определяемый в данный момент как нормальный вариант, может развернуться в дальнейшем как психопатическая личность. Вот почему в детском возрасте, наблюдая определенные конституциональные тенденции к уклонениям, мы часто не можем сказать с определенностью, дадут ли эти уклонения в дальнейшем выраженную психопатию или же субъект все-таки удержится в пределах нормальных вариантов личности определенного типа.

ционными болезнями и аномалиями следует считать такие формы, происхождение которых связано преимущественно с конституциональными особенностями субъекта, с его относительной конституциональной неполноценностью.

Таким образом, считая психопатии конституциональными отклонениями, мы признаем, с одной стороны, их относительную устойчивость (сравнительно с реактивными наслоениями психогенного происхождения), а с другой — способность к развитию и изменямость в зависимости от экзогенных (особенно социальных) факторов.

Классификация пограничных состояний представляет в общем весьма большие затруднения, так как очень трудно выделить основные особенности при большом количестве наслоений, случайных симптомов, связанных с переживаниями и разного рода экзогенными моментами, всегда осложняющими внешнюю картину психопатических проявлений. В общем однако мы считаем вполне целесообразным согласно Крепелину различать две основные группы психопатий: 1) врожденные болезненные состояния, 2) психопатические личности (психопатии в узком смысле).

Первая группа характеризуется наличием болезненных симптомов, более или менее тягостно переживаемых самим субъектом, причем эти симптомы не ограничиваются областью высших психических функций и захватывают нервные, resp. вегетативные, функции. Этой группе можно бы присвоить название невропатий, если бы не то обстоятельство, что психическим явлениям все же и здесь принадлежит первое место в картине болезни. Вторая группа — психопатические личности — характеризуется особенностями психики, не сопровождающимися болезненными явлениями. Здесь мы имеем дело лишь с особенностями вариаций структуры психики, уклоняющихся от нормы.

Врожденные болезненные состояния.

Конституциональная нервность (Neurosität). Конституциональная нервность у детей проявляется очень рано; уже у маленьких грудных детей наблюдаются нередко некоторые основные симптомы этой формы: повышенная реакция на раздражения и пониженная способность перехода к состоянию психического равновесия. Малейшее неудобство и неприятное ощущение влекут за собой длительную реакцию в виде крика, плохого настроения, из которого ребенок долго не выходит, несмотря на удаление раздражающего момента. К этим симптомам присоединяется в дальнейшем ряд других, а именно: большая утомляемость, быстрое истощение, расстройство сна, аппетита и пр.; у детей дошкольного и школьного возраста все эти явления становятся особенно ясными, так как обнаруживаются пониженная работоспособность вследствие утомляемости, большая отвлекаемость, быстрая истощаемость внимания. Нередко отмечаются общее беспокойство, бесцельная суетливость, стремление к переменам впечатлений. При пониженной способности сосредоточения ребенок предпочитает внешнюю смену впечатлений, не требующих усилия для восприятия и усвоения. Отсюда увлечение кино, жизнью улицы, стремление уклониться от занятий, требующих утомляющей ребенка работы. Плохое настроение, ощущение разбитости и общей слабости особенно тесно связаны с расстройством сна и частыми непорядками в области вегетативных функций. Плохой аппетит, вялость кишечника, сексуальные раздражения в виде она-

низма, ночное недержание мочи, заикание — обычные явления у нервных детей. В частности онанизм, как уже упоминалось, особенно отражается на вегетативных функциях. Ряд указанных болезненных явлений, отражаясь на самочувствии ребенка, на его работоспособности, влечет за собой ощущение собственной недостаточности¹, иногда ипохондрические жалобы, преувеличенные страхи за свое здоровье, ожидание страшных последствий онанизма и пр. Случайное соматическое заболевание, школьное переутомление, неблагоприятная жизненная обстановка еще более выявляют болезненную нервозность таких детей. Однако в огромном большинстве случаев благодаря нормальному интеллекту эти дети, несмотря на свое болезненное состояние, более или менее успевают в своих школьных занятиях и находят себе место в жизни и в дальнейшем. Хорошие способности, таланты в той или иной области, нередкие у нервных детей, часто дают им даже возможность выдвинуться среди сверстников, причем успешная работа благотворно действует и на общее состояние ребенка, давая ему удовлетворение и избавляя от ощущения собственной недостаточности.

Течение болезни определяется конституциональным ее характером. Здесь нельзя надеяться на полное исчезновение всех болезненных особенностей, а лишь на смягчение симптомов. Благоприятные условия жизни и работы, психическая и соматическая гигиена, правильный режим имеют конечно огромное значение; неблагоприятные условия резко ухудшают течение болезни. Биологические факторы, особенно в переходном возрасте, туберкулезная интоксикация естественно влияют неблагоприятно, в особенности ухудшая вегетативные расстройства.

Распознавание конституциональной нервности обычно не представляет больших затруднений. Прежде всего нужно ее отличать от неврастения, как болезни приобретенной, зависящей почти исключительно от внешних моментов и быстро уступающей отдыху и лечению. От психопатий в узком смысле нервозность отличается обилием соматических вегетативных симптомов. Очень важно избежать ошибки в смысле переоценки явлений нервности и постановки диагноза шизофрении (простой формы — *schizophrenia simplex*) на основании пониженной работоспособности, изменений настроения и пр. Лишь осторожное рассмотрение всех симптомов и течения может, как в других случаях, предотвратить от неприятных ошибок.

Случай 63. Мальчик К., 10 лет; поступил 15/XI 1926 г. Сердечные заболевания по линии отца, мать страдает туберкулезом, последние годы у нее навязчивые страхи. Дед по матери несдержанный, вспыльчивый, бабка истеричка, сестра больного нервная, заикается. Мальчик физически развивался правильно; с грудного возраста беспокойный, крикливый, плохо спал, часто болел разными детскими болезнями. Всегда капризный, раздражительный, плаксивый, впечатлительный. Умствен-

¹ Понятию о чувстве собственной недостаточности Адлер (Adler) придает огромное значение не только в генезе неврозов, но и вообще в структуре психики, особенно детской. Отвергая такие обобщения, мы лишь в некоторых случаях при неврозах признаем наличие чувства собственной недостаточности, связанного обычно с более или менее реальными недостатками (например с калечеством, двигательной неполноценностью, физической слабостью, заиканием и пр.), влияющими на положение ребенка в детском коллективе и травмирующими его психику. К адлеровским механизмам следует также относиться, как и к фрейдовским (связанным с сексуальными травмами): их значения не следует преувеличивать, но они все же могут играть в отдельных случаях известную роль в картине болезни.

ное развитие шло правильно, способности достаточные. Сложение диспластическое (короткая шея, большая голова). Робок, застенчив, двигательно беспокоен, быстрая истощаемость внимания, повышенная утомляемость, настроение в общем пониженное, преобладает тревога, беспокойство без достаточных оснований. Неприятные переживания надолго застревают в его памяти, легко плачет по ничтожному поводу, заикается в течение последних двух лет. За время пребывания в клинике отмечено некоторое улучшение. Диагноз: конституциональная нервность.

Психастения (невроз навязчивых состояний). Эта форма, близкая к предыдущей, отличается однако наличием формально-психических изменений, при которых субъект оказывается не в силах справиться со своими болезненными переживаниями вследствие недостаточности тех активных мозговых функций, которые в норме регулируют течение психических процессов. Хотя психастения, как и описанная выше нервность, представляется конституциональным состоянием, однако в выраженной форме она проявляется лишь при наличии достаточно дифференцированной психики, т. е. лишь у старших детей, особенно в пубертатном периоде. Наряду с нервными симптомами, как раздражительность, быстрая утомляемость, плохой сон и аппетит и пр., у таких детей появляются разного рода навязчивые состояния, страхи, тревога, мнительность и пр. Конечно и у здорового субъекта возможны все эти явления: неосновательная мнительность, мучительно навязывающиеся воспоминания, отдельные выражения и т. п., но здоровая психика быстро отбрасывает такого рода представления. У психастеника же нет сил бороться с ними и, хотя он понимает неосновательность и ненужность этих мыслей, он все же им как бы подчиняется, и они влияют не только на содержание его психики, но и на поведение. Так например у психастеников является навязчивая мысль о необходимости считать окружающие предметы, окна и дома, идя в школу, считать свои шаги и т. п. Или навязчивая мысль, что перед сном необходимо повторить определенное число раз какую-либо фразу или, что, идя по улице, нужно читать все вывески обходить столбы и т. п. При этом у ребенка имеется опасение, что если он не сделает того или другого, то с ним может что-то случиться, он не сможет в классе ответить урок и т. п. Некоторые мучаются навязчивыми сомнениями, заперли ли они дверь, взяли ли с собой тетради или карандаш, по многу раз проверяют себя, зная, что все в порядке, и все же находясь в состоянии тревоги. Или же боятся загрязнить свои руки прикосновением к предметам, боятся заразиться, принимают массу предосторожностей, без конца моют руки и т. п. Часто у школьников постоянная боязнь, что его спросят в классе и он не сможет ответить, что он что-то перепутает, прольет чернила и т. п. Боязнь сделать что-нибудь невпопад при посторонних, показаться смешным, боязнь покраснения, боязнь совершить предосудительный поступок и т. д. в конечном счете ведет к тому, что больной избегает общества, сторонится людей, становится болезненно застенчивым и нерешительным. Боязнь высоких мест, открытых пространств, тесных комнат, страх оставаться одному и т. п. — также обычное явление у психастеников. Трудно перечислить все те формы, которые могут принять фобии, сомнения, навязчивые представления у таких детей. В общем навязчивые представления влекут за собой навязчивые действия и связаны с навязчивым страхом. При этом больные сознают не-

нужность и неосновательность своих навязчивых мыслей и действий, но не имеют сил справиться с ними и держать себя в руках. Переживаемые психастениками мучительные состояния, их тревожно-мнительный характер, влияют на их настроение, заставляют их чувствовать свою неполноценность, делают их неуверенными в себе. В более тяжелых случаях они временами становятся совершенно неработоспособными, так как навязчивые представления мешают им заниматься, не позволяют сосредоточиться. Очень интересно отражение психастенических расстройств на моторной сфере; при этом помимо наличия часто наблюдаемой неловкости, порывистости движений, общей их неуверенности, особенно важным является нередко наблюдаемое у психастеников расстройство речи в виде заикания; обычно связываемое с каким-нибудь испугом и будучи, как мы уже видели, своеобразным психогенным двигательным неврозом, заикание несомненно является следствием своеобразного торможения сложного двигательного акта речи психическими влияниями; связанное с заиканием замешательство, боязнь и тревога в связи с насмешками окружающих, создают особенно яркую картину психастенического расстройства. Раз расстроенный механизм речи нелегко возвращается к норме, вследствие чего создается привычная речевая недостаточность, еще более ухудшающая в свою очередь психическое состояние больного.

Борясь со своими навязчивыми переживаниями, больные нередко прибегают к разного рода уловкам защитного характера, выполняют целый навязчивый ритуал, например перед сном особым образом раскладывают одеяло, определенное число раз повторяют какую-нибудь фразу, делают нечто вроде заклинаний, которые как бы освобождают их в некотором смысле от навязчивых тревожных сомнений.

Представители фрейдовской школы, склонные всякие невротические расстройства толковать с точки зрения влияния на психику сексуальных травм и переживаний с этой же точки зрения подходят и к генезу фобий и навязчивых состояний. В некоторых случаях они бывают правы, что развитие того или иного симптома может быть связано с сексуальным моментом; ошибочно только обобщение такой причинности для всех случаев. В основе психастении лежит несомненно слабость определенных психических механизмов, внешние же вредные моменты в том числе, но не исключительно, и сексуальные травмы, имеют значение в смысле детальных особенностей заболевания его патопластики.

Течение болезни неровное, с ухудшениями и улучшениями, обычно в зависимости от внешних условий. Большей частью психастеники справляются с повседневной работой, достаточно хорошо учатся и лишь в более тяжелых случаях временами делаются совершенно нетрудоспособными. Болезнь в общем упорна, так как коренится в конституциональных особенностях организма. Обычно с возрастом больной научается справляться со своими страхами и сомнениями частью их маскируя; в общем жизнь им дается труднее, чем другим людям, так как они все время должны преодолевать свои внутренние затруднения, являющиеся особенностью их болезни.

Дифференциальный диагноз психастении сам по себе нетруден, но следует иметь в виду, что нередко соответствующие

симптомы периодически колеблются и составляют своеобразное проявление маниакально-депрессивного психоза. В таком случае следует считаться со сложностью заболевания (маниакально-депрессивный психоз у психастеника). Существенное значение имеет отграничение психастении от шизофрении. Странные ритуалы, шептание про себя каких-то фраз, избегание людского общества и т. п. иногда делают психастеников по внешности очень похожими на шизофреников. Однако механизм расстройства другой: психастеник всегда критически относится к собственным странностям, разумно оценивает свое положение, страдает от него, у него нет шизофренической тупости, и он не деградирует от своей болезни.

Лечение психастении помимо улучшения внешних условий жизни, режима и пр. главным образом состоит в психотерапевтических мероприятиях, под которыми следует разуметь не гипноз или сложные психотерапевтические воздействия, употребляемые фрейдистами, но главным образом воспитание и укрепление активных свойств личности путем трудового режима и правильного воздействия со стороны воспитателей на психические особенности ребенка.

Случай 64. Б-ной М., 10 лет. Отец художник; болел люэсом, человек впечатлительный, нервный, увлекающийся; навязчивое коллекционирование; фобии (страх темноты, пространства, боязнь запертых помещений). Дед по отцу в старости был слабоумный; дядя нервный, страдает тиками, другой—со странностями; его дочь умственно отсталая, сын с волчьей пастью. Мать больного перенесла в детстве менингит в настоящее время здорова, р. В. отрицательна; старший ее сын—эпилептик; бабка по матери умерла от мозгового кровоизлияния.

Б-ной 2-й по счету; беременность протекала тяжело, у матери были нервные припадки. Роды тяжелые, срочные. Ребенок родился здоровым, развивался в общем правильно, но был болезненным. С ранних лет крайне впечатлителен, застенчив, пуглив, чуток, все глубоко переживал. Около 6 лет был замечен онанизм; когда ему разъяснили значение, сильно волновался, тяжело переживал; через несколько месяцев от онанизма отвык. Учиться начал 7 лет успешно. В 1921 г. появились ночные страхи, кричал, весь трясся. В 1923 г. отмечались навязчивые состояния. Во время молитвы вдруг появлялось желание говорить ругательства; плакал, жаловался, что ему слова сами в голову лезут, что он боится ругать бога; далее появлялось навязчивое желание рассказывать матери обо всем, что он делал в течение дня, плакал, когда его останавливали, говорил „что мне делать, я не могу отвязаться; временно ему казалось, что он разлюбил мать, появлялись по этому поводу страхи, тревогой. Иногда ощущал страх дотронуться до стены, понимая, что это чепуха, но отвязаться от страха не мог. Питание понижено; астеническое телосложение, кожа тонкая, сосуды просвечивают; лимфатические железы увеличены, р. В. отрицательна; повышенный лимфоцитоз. Сухожильные рефлексы живые, чувствительность нормальна. Небольшой тремор закрытых век. Мальчик робкий, застенчивый, пугливый, чувство собственной недостаточности мешает сходиться со сверстниками. Речь торопливая, неясная, иногда заикается, гримасничает. Интеллект в пределах нормы. Повышенная утомляемость, быстрая истощаемость внимания. В своих переживаниях хорошо разбирается. Склонен к самоанализу; мечтателен, малодетелен, всех боится, плачет при обидах, не может постоять за себя. Настроение преобладает слегка подавленное. В клинике очень скупает по матери; ночные страхи первое время наблюдались, затем исчезли. Онанизма, навязчивых состояний в выраженном виде не наблюдалось; в общем благодаря правильному режиму и осторожной психотерапии наступило некоторое улучшение. Диагноз: психастения.

Расстройства влечений (импульсивное помешательство старых авторов). Влечения представляют наиболее темную и трудную для исследования область человеческой личности. Извращения влечений, представляющих наиболее старые в филогенетическом отношении психические механизмы, всегда справедливо считались указанием на глубокое вырождение, признаком дегенеративным в сугубой степени.

Аномалии влечений проявляются или в их усилении или же в качественном извращении. В том и другом случаях проявлению болезни способствует известная слабость высших психических центров, вследствие чего субъект не в состоянии справиться со своими влечениями. В связи с такой слабостью психической регуляции удовлетворение непреодолимых влечений принимает импульсивный характер, вследствие чего соответствующие болезненные расстройства некоторыми авторами квалифицировались не без основания как импульсивное помешательство.

Наиболее часты половые аномалии — извращения. При этом нередко отмечается у детей слишком раннее усиленное проявление половых влечений, выражающихся чаще всего в онанизме, повышенном интересе к половым вопросам. Половое возбуждение у таких детей, нередко в возрасте 7 или 10 лет, а иногда и раньше, не говоря уже о более старшем возрасте, бывает так сильно, что дети все время находятся во власти своего влечения и становятся совершенно нетерпимыми в детском обществе, разлагающе влияя на окружающих. В дальнейшем могут присоединиться разного рода извращения (помимо онанизма), при которых естественная сексуальная цель смещается и половое удовлетворение достигается совершенно ненормальными путями. Сюда относятся: 1) эксгибиционизм — обнажение половых органов в присутствии лиц другого пола; 2) фетишизм — когда сексуальное удовлетворение вызывается различными предметами, частями одежды и др. более или менее случайными аксессуарами, вид которых ассоциативно связывается у больного с сексуальными представлениями и потому вызывает соответствующие ощущения; 3) садизм — когда сексуальное удовлетворение связано с насилием, мучением других детей, а иногда и животных; 4) мазохизм — когда то же чувство вызывается, наоборот, путем претерпевания мучений самим больным; 5) гомосексуализм — извращение, выражающееся в склонности к лицам своего пола. Все эти извращения в выраженной форме могут наблюдаться лишь у подростков, но нередко и у детей более молодого возраста приходится отмечать черты таких аномалий.

Во многих случаях сексуальные извращения повидимому бывают связаны с аномалиями эндокринной функции половых желез, а не только соответствующих психических механизмов. В некоторых случаях наблюдаются и неправильности в строении половых органов (различные формы гермафродитизма). Аномалии половых влечений в некоторых случаях достигают степени очень тяжелого расстройства, совершенно исключающего возможность воспитания ребенка в семье и нормальной школе. Следует однако быть осторожными с диагностикой и не считать половым психопатом всякого онаниста, всякого подростка, развращенного средой и прибегающего к ненормальным половым удовлетворениям в интернатах. Такие более случайные уклоны сравнительно быстро сглаживаются при правильном режиме и воспитании, настоящие же конституциональные половые извращения чрезвычайно стойки и упорны.

Помимо половых аномалий импульсивные действия нередко бывают связаны также с разного рода иными болезненными наклонностями и влечениями. Сюда относится влечение к воровству (клептомания), носящее непреодолимый характер, причем ребенок

ворует совершенно ненужные для него вещи, несмотря на повторные наказания и неприятности. При этом больной нередко сам возвращает краденое, но не в состоянии удержаться от воровства и акта. Конечно клептомания в конце концов редкое явление, и нужно очень остерегаться от смешения клептомании с привычным воровством „из корысти“.

Другие формы импульсивных действий, связанные с непреодолимыми влечениями (пиромания — склонность к поджогам, дромомания — к бродяжничеству), также могут встречаться у детей и тоже могут быть распознаваемы лишь после тщательного изучения и исключения других возможностей объяснения соответствующих „проступков“. В общем аномалии в области влечений, хотя и описаны нами здесь отдельно для удобства изложения, в сущности очень часто бывают осложнением разного рода психопатических состояний, являясь нередко лишь одним из проявлений болезненного склада данной личности.

Случай 65. Б-ная В., 8 лет, из культурной, обеспеченной семьи; поступила 29/IX 1926 г. Отец способный, тяжелого характера, повышенная сексуальность. Дед такой же. Мать болела психически четыре года назад. В семье матери психопаты и душевнобольные. Девочка развивалась правильно, но уже в течение последних двух лет отмечались онанизм и повышенный интерес к сексуальным вопросам. Пикническое телосложение, хорошее питание, подвижна, моторно одарена, неврологически ничего особенного. Интеллект нормален. Груба, жестока в обращении с другими, дети ее не любят за дерзкий, вызывающий тон. Крайне цинична, онанирует пальцами, ручкой ножа и т. п. Обучает онанизму других детей, крайне вредно действует на окружающих, все интересы сосредоточены на сексуальных темах. Целует собственные плечи, говоря: „как приятно теплое, мягкое тело“. Изобличенная в онанизме несколько не смущается. Повышенные влечения определяют здесь особенности девочки.

Психопатические личности (психопатии в узком смысле).

В узком смысле под психопатиями следует понимать пограничные состояния, близкие к норме, не проявляющиеся в виде болезненных расстройств, а представляющие аномальные варианты личности, отличающиеся дисгармонией психических свойств и неадекватностью реакций на внешние раздражения. Обладая нормальным, а иногда и высоким интеллектом, психопаты нередко обнаруживают дарования в тех или иных областях, но и эти дарования обычно бывают неравномерны и совмещаются с недочетами в других областях психики: так, при музыкальном даровании психопат нередко проявляет крайнюю неспособность к математике и ряд странностей в поведении, зависящих от своеобразия всего психического склада. Психопаты обычно живут и развиваются в среде нормальных, причем их особенности в большинстве случаев не мешают им учиться в массовой школе и в дальнейшем работать в той или иной профессии. Однако особенности характера — структуры их психики и неадекватность реакций на внешние раздражения в более тяжелых формах и особенно при неблагоприятных условиях — так отражаются на их поведении, что часто получают столкновения с окружающими, а иногда и с законом. Психопат нередко мешает работать в школе, легко втягивается в уличную жизнь, убегает из дому, совершает правонарушения и пр. Во многих случаях неблагоприят-

ные внешние моменты настолько нарушают и без того неустойчивое равновесие психопата, что он дает более резкие психопатические вспышки, требующие уже лечения в специальных психиатрических учреждениях. В главе о психогениях нами уже указывалось, что реактивные заболевания наблюдаются особенно часто в своих наиболее тяжелых формах у лиц, предрасположенных, т. е. главным образом у психопатов.

Классификация психопатий представляет очень большие затруднения. Эта область психиатрии является до сих пор несомненно наименее разработанной и это вполне понятно, если принять во внимание, что учение о психопатиях из всех областей психиатрии труднее всего могло быть связано с анатомо-физиологическим субстратом и не поддается до сих пор нозологическому определению. Выделение типов психопатий поэтому остается совершенно произвольным и чуть ли не каждый автор, пишущий на эту тему, имеет собственную классификацию — положение, уже давно оставленное позади в остальных областях психиатрии. Прежде чем перейти к классификации психопатий, которою мы пользуемся и которую считаем наиболее удовлетворительной при настоящем состоянии наших знаний приведем наиболее употребительную группировку Крепелина, основанную преимущественно на изучении клинических проявлений психопатий. Несмотря на весьма существенные недостатки, о которых речь будет ниже, крепелиновская классификация психопатий имеет известную практическую ценность благодаря выпуклому и яркому описанию некоторых типических состояний, свойственных психопатизму.

Возбудимые (Erregbare). Этот тип характеризуется сильной эмоциональной возбудимостью. Аффекты вызываются по самым разнообразным поводам, являясь обычно неадекватной, несоразмерно сильной реакцией на сравнительно ничтожные раздражения. Во время приступов эмоционального возбуждения такие дети бессмысленно ругаются, дерутся, разрушают вещи, иногда наносят повреждения себе и другим; наблюдаются даже попытки к самоубийству. Возбуждение иногда может длиться часами; затем наступает успокоение, причем возможна не совсем полная ясность воспоминания о происшедшем, что указывает на патологичность аффекта, переходящего границы нормальных проявлений. В промежутках между приступами такие дети бывают приветливы, общительны, но несколько сварливы и суетливы. Наиболее резких проявлений достигает эта форма в пубертатном возрасте.

Неустойчивые (Haltlos, instables). Неустойчивость, лабильность настроения, неровность поведения, крайняя податливость и зависимость от внешних влияний, недостаток выдержки, слабая работоспособность характеризуют этот тип. При такой психической неустойчивости влияние среды резко определяет и психические проявления и всю жизнедеятельность субъекта. При благоприятных условиях, при умелом руководстве со стороны старших неустойчивый ребенок, податливый и подчиняющийся данному влиянию, может казаться на первый взгляд чуть ли не образцом послушания и примерного поведения. Но эти „добродетели“ обманчивы; стоит такому ребенку попасть на улицу, в среду более сильных и опытных товарищей, и он делается игрушкой в их руках; его ничего не стоит приучить курить, пить, нюхать кокаин, воровать, нищенствовать; девочки легко под-

даются соблазнам и вовлекаются в проституцию. Если вырвать таких детей из дурной среды и подвергнуть правильному медико-педагогическому воздействию, их податливость быстро дает возможность перевоспитать, приучить к труду и лишь нестойкость результатов, возможность рецидивов при неблагоприятных условиях омрачает прогностику, заставляет не ослаблять усилий, не выпускать из рук планомерного воспитания таких детей.

Одержимые влечениями (Triebmenschen). К этому типу относятся субъекты, основным свойством которых является преувеличенное, преимущественное влияние влечений на поведение. Если в норме поступки определяются естественной борьбой мотивов, то у психопатов данного типа влечения, проистекающие главным образом из подсознательных источников, преимущественно определяют деятельность субъекта. При этом нужно иметь в виду не болезненно извращенные и усиленные влечения (как при описанных выше сексуальных аномалиях и пр. формах импульсивного помешательства), а лишь влечения, качественно не отличающиеся от нормальных, но вследствие дисгармонии психики слишком односторонние и преувеличенно влияющие на поступки данного индивидуума. Эта форма в выраженном виде наблюдается главным образом у взрослых, причем обычно присоединяется влияние алкоголизма, еще более подчеркивающего дисгармоничные особенности данной психики. Наблюдаются однако изредка и у детей соответствующие особенности. Влечения к легким удовольствиям, к странствованию, бродяжничеству отвлекают детей от регулярной школьной жизни. Они воруют деньги у родителей, покупают сладостей, их пожирает страсть к кино, иногда к коллекционерству; невинный как будто характер этих увлечений приводит однако к пропуску занятий; дети отстают от сверстников, их интересы определяются влечениями, для удовлетворения которых приходится прибегать ко лжи, воровству, иногда довольно сложным проделкам мошеннического характера. Наказания, уговоры мало действительны в таких случаях, и лишь систематическое медико-педагогическое воздействие может дисциплинировать до некоторой степени таких детей и подростков.

Аффектэпилептики. Относящиеся к этой форме дети отличаются раздражительностью, склонностью к вспышкам аффекта, они также обычно рабы своих влечений, их поступки импульсивны, необдуманны. Эта форма имеет некоторые черты сходства с типом возбудимых и отчасти с типом одержимых влечениями. Отличительной чертой аффектэпилептиков однако являются эпилептиформные припадки, что сближает их по внешности с настоящей эпилепсией. Отличием от последней нужно считать то обстоятельство, что при аффектэпилепсии припадки наблюдаются на высоте аффекта, являясь как бы высшим проявлением раздражения субъекта; ночью припадков не бывает. Во многих случаях, но не всегда, аффектэпилепсия бывает связана с умственным недоразвитием и тогда следовательно мы имеем дело со своеобразной олигофренией, а не психопатией.

Нелепые (Verschroben). Относящиеся к этому типу личности отличаются отсутствием внутреннего единства и последовательности в психических проявлениях. Соответствующие дети отличаются рядом странностей: они нелюдимы, не участвуют в общих играх, часто склонны к резонерству; нередко проявляют склонность к абстракт-

ному мышлению, несоответственно возрасту; их странности, иногда неожиданные поступки, нелепые выходки, то преувеличенная развязность, то крайняя застенчивость, нелепые фантазии, мечтательность, оторванность от действительности, аутистическая установка, крайняя обидчивость при высоком самомнении, эмоциональная малоподвижность, холодность — все эти свойства создают для них обособленное положение в детской среде. Они — обычная мишень насмешек со стороны товарищей. При нередко хороших способностях такие дети могут успешно учиться; в более тяжелых случаях они с трудом приспособляются к школьной обстановке, отвлекаются от обычных занятий, увлекаясь чтением книг, писанием собственных, часто фантастически странных произведений, или же каким-нибудь одним предметом, забывая обо всем остальном. Воспитание и обучение таких детей представляет несомненно очень большие трудности.

Сварливые (Streitsüchtige.) Сюда относятся случаи с проявлениями патологически длительной и упорной раздражительности, с преувеличенной самооценкой, эгоизмом и упрямством. Такие субъекты постоянно ссорятся, на всех жалуются, они во всех словах и действиях окружающих склонны видеть нарушения своих прав, страстно защищаются, клязуются, пристают с бесконечными просьбами защитить их и благодаря своей надоедливости действительно вызывают отрицательное отношение к себе товарищей, что еще больше подливает масла в огонь, давая новый материал для ссор, жалоб и драк. Удаление из неблагоприятной среды и правильная постановка воспитания могут значительно способствовать смягчению особенностей такого рода детей.

Лгуны и фантасты (Lügner und Schwidler). Изучение детской лжи всегда привлекало к себе внимание педагогов и психологов. Прежде всего детская ложь проистекает из той позиции слабейшего члена семьи и общества, в которой находятся дети. Скрыть свои проступки, получить ту или другую выгоду, избавиться от наказания, выказать себя с лучшей стороны — все это возможно при помощи лжи. Но помимо этой утилитарной формы детской психике свойственна иная ложь. Детская игра невозможна без вымысла, без фантазии. Вымысел разукрашивает часто неприглядную действительность и отвечает эмоциональным потребностям ребенка. Выдумка, сказка, ложь, фантазии расширяют кругозор ребенка, обогащают его эмоции и дают применение его творческим силам. Во всем этом, как и в утилитарной лжи, еще нет никакой патологии. Патология начинается тогда, когда у детей, уже обычно старшего возраста, обнаруживается склонность к фантастическим измышлениям (*Pseudologia phantastica*), выходящим за пределы игры и в то же время связанным не с одними лишь эгоистическими целями, а и с болезненным стремлением к вымыслу, когда уничтожается для самого больного граница между воображением и действительностью. Дело обычно идет о детях с пониженной работоспособностью, с недостатком выдержки, с поверхностными изменениями настроения, живым воображением, жадностью к удовольствиям и внешнему блеску, склонностью к мечтательности. Таких детей не удовлетворяет действительность, для них тягостны усидчивые занятия, трудовые напряжения, будни окружающей обстановки; их эмоцио-

нальные потребности находят себе удовлетворение только в фантазии, в выдумке, во лжи. Хвастовство, преувеличения, при которых собственная личность выставляется в блестящем освещении, разного рода фантазии — нередко складываются в целый более или менее сложный роман, в котором от случая к случаю меняются детали, но главным действующим лицом является сам больной. Конечно более сложные фантастические измышления свойственны взрослым и отчасти подросткам; у детей псевдология обычно носит более примитивный характер. Эта форма психопатии довольно часто сочетается с истерией, одним из свойств которой является стремление показать себя не тем, что есть, пережить больше, чем это реально возможно.

Антисоциальные („враги общества“). Антисоциальным практически может оказаться любой психопат; дисгармоничные личности с их особенностями поведения могут легко вступить в конфликт с окружающими и совершить те или другие правонарушения, но обычно эти конфликты носят более или менее случайный характер в противоположность группе антисоциальных в собственном смысле слова, которые по своим свойствам всегда и всюду вступают в столкновение с интересами коллектива. В данную группу Крепелин объединяет случаи, особенности характера и поведения которых якобы неминуемо приводят к конфликту с обществом, в частности с семьей и школой (сл. 65). Это дети крайне эгоистичные, жестокие, находящие удовольствие в чужих страданиях и неприятностях, активно вредящие своим товарищам и близким. Причинение страдания животным, маленьким детям доставляет таким субъектам особое чувство удовлетворения. Эта форма, давно описанная под названием *insanitas moralis* (*moral insanity* английских авторов), часто сопровождается умственным недоразвитием и тогда относится к олигофрениям; однако встречаются случаи антисоциальных психопатов и с нормальным развитием интеллекта.

Приведенная выше крепелиновская классификация психопатий основана на психологически описательных признаках, лишена определенных принципиальных обоснований и составлена без учета связи психических и соматических свойств личности и динамики их развития. Вообще у Крепелина глава о психопатиях не стоит на той высоте, на которую ему удалось поднять другие отделы психиатрии. В частности особенно неудачным следует считать выделение группы психопатов „врагов общества“. Обособление такой формы по признаку антисоциальности не оправдывается даже с точки зрения психологического критерия, которым руководился Крепелин при описании других форм психопатий, так как „врагом общества“ может оказаться любой психопат (равно как и непсихопат) при известных социальных условиях. Мало того, выделение особой формы на основании одного признака противоречит основам учения самого Крепелина, постоянно выдвигающего необходимость учета всех особенностей личности, всей совокупности болезненных явлений для построения психопатологических концепций. С другой стороны, критерий антисоциальности вообще неприемлем для медицинских концепций, и его применение ведет к совершенно неправильному, давно опровергнутому понятию Ломброзо о „врожденном преступнике“.

В последнее время появился ряд данных, которые позволяют перегруппировать психопатии в зависимости и в связи с их биологической сущностью. Из этих данных мы должны подчеркнуть в особенности следующее.

Установление Кречмером взаимоотношения между телосложением и характером дало возможность не только связать некоторые формы психопатий с определенным соматическим статусом, но и наметить известное родство этих психопатий с психическими расстройствами в собственном смысле, что, с другой стороны, подтверждается и данными генетики. Таким образом благодаря главным образом Кречмеру оформилось выделение шизоидной и циклоидной психопатий (намеченные впрочем еще раньше Крепелиным и др. авторами), обнаруживающих биологическое родство с шизофренией и маниакально-депрессивным психозом. Подобным же образом может быть установлена корреляция между эпилептоидной психопатией и эпилепсией, между реактивно-лабильным типом и истерией. Все эти соотношения подкрепляются по нашим данным еще и моторной корреляцией, что еще более закрепляет обрисовку биологических особенностей некоторых форм психопатий. Возможно, что дальнейшие исследования, в частности вегетативной и эндокринной систем, дадут еще больше оснований для биологической группировки психопатий, в настоящее же время такая классификация, лишь намечается; поэтому, приводя ниже некоторые биологически очерченные формы психопатий, мы должны подчеркнуть неполноту и провизорность этой группировки, с одной стороны, недостаточную четкость отграничения отдельных форм — с другой.

Кроме того мы конечно не можем не признать, что биологическое определение по существу является неполным и недостаточным по отношению к психопатиям, которые, как нами указывалось, при наличии известной биологической обусловленности, являются в то же время аномалиями, развертывание и содержание которых определяется социальными факторами. Однако при настоящем состоянии наших знаний биологическая концепция психопатий является пока единственной, вносящей некоторую ясность в эту трудную область и потому приемлемой, хотя бы с эвристической точки зрения, особенно для медицинских целей. После этих замечаний переходим к группировке психопатий на изложенных только что основаниях.

Шизоидная психопатия. Этот тип характеризуется своим сходством с шизофренией, собственно с простой ее формой, так как конечно добавочных симптомов, свойственных другим формам шизофрении (бреда, галлюцинаций и пр.), при психопатии не бывает. Шизоидным психопатам обычно свойственны: 1) со стороны соматической — астенический и диспластический (часто евнухоидный) тип телосложения; 2) со стороны двигательной — неловкость, неуклюжесть движений, синкинезии, недостаточность мимики и выразительных движений, манерность, недостаточная модулированность, монотонность речи; при этом возможно частичное совершенство точных мелких ручных движений; кроме того выявляется своеобразная моторная пропорция между заторможением (*Spewung*) и импульсивным, порывистым возбуждением; двигательные особенности могут быть отчасти связаны с недостаточным развитием экстрапирамидных механизмов сравнительно с пирамидными; 3) со стороны психической шизоид-

ным психопатам свойственны: а) аутистическая установка; дети малообщительны, малодоступны, интравертированы, плохо уживаются в детской среде, б) склонность к резонерству, абстрактному мышлению, бесплодному мудрствованию; в) в области аффективной — колебания в смысле психостетической пропорции, отмеченной Кречмером — между аффективностью, холодностью и чрезмерной чувствительностью, ранимостью, далее, между эмоциональной вялостью, безразличием и вспышками аффекта (часто неадекватными раздражением); г) поведение шизоидных психопатов большей частью нелепо, странно, имеется склонность к автоматизму, стереотипиям, импульсивным поступкам. При нормальном (часто выше нормы) интеллекте такие дети обычно могут успешно учиться и лишь в более тяжелых случаях их особенности настолько мешают пребыванию в детской среде, что требуется индивидуальное обучение или же помещение в специальное учреждение медико-педагогического типа. Отличие от простой формы шизофрении может представить исключительные трудности, и в конечном счете лишь отсутствие деградации при психопатии решает вопрос, для чего требуется довольно длительное наблюдение. В общем шизоидные психопатии почти совпадают с *Verschroben* классификации Крепелина.

По поводу шизоидных психопатий мы должны коснуться очень важного вопроса о том, может ли считаться шизофрения как бы заострением шизоидии. Такое понимание отношений между этими формами было бы однако неправильно. Шизофрения есть прогрессирующая болезнь, основанная на деструкции мозга. Заболевание шизофренией вносит новое в психику субъекта, разрушая соответствующие нервно-психические механизмы, что можно констатировать и анатомически. Шизоидная же психопатия есть аномалия структуры, очевидно основанная на врожденной недостаточности тех механизмов, которые при шизофрении разрушаются. Отсюда сходство внешних проявлений и разница течения и исхода. Шизофрения не может считаться заострением, просто далеко зашедшей стадией психопатии, она — следствие самостоятельного процесса. Конечно шизоидный психопат может заболеть шизофренией, но, как показали наблюдения некоторых авторов, это бывает не так уж часто; с другой стороны, как мы знаем, шизофренией заболевают и субъекты, никаких признаков шизоидной психопатии не обнаруживавшие.

С л у ч а й 66. Мальчик Ш., 14 лет. В семье отца психастенические черты характера и болезни сердца. По линии матери болезни обмена веществ и злокачественные опухоли. Мальчик развивался правильно, рос в хороших условиях; с раннего детства повышенная возбудимость. Способности хорошие, рано обнаружил музыкальное дарование. По характеру робкий, пугливый, всегда сторонился детского общества, мнителен. В возрасте 4—5 лет были страхи одиночества, запертой двери и пр. Учится в консерватории по классу скрипки, успешность тормозится неспособностью к систематической работе. Status. телосложение астеническое, выше своих лет по росту, явления туберкулезной интоксикации; повышенные коленные рефлексы лабильность вегетативной нервной системы (более резко выраженная ваготония). Моторная недостаточность, движения неуклюжи, неловки, вместе с тем хорошая ручная умелость, в частности обнаруживаемая при игре на скрипке. В детской среде сразу вызвал насмешливое отношение; медлителен, делает все неумело и неуверенно, навязчив; целый ряд бессмысленных и стереотипно повторяющихся вопросов. Временами возбужден, дурашлив, гримасничает, играет роль шута; неуверен в себе, с трудом приступает к новой работе; несмотря на хороший интеллект, продуктивность низкая. Между тем одарен музыкально, также превосходно рисует.

С л у ч а й 67. Мальчик К., 13 лет. Отец умер от туберкулеза, отличался тяжелым характером. В роду отца много психопатических личностей. Мать нервна, со странно тями. Физически развивался удовлетворительно, с раннего детства ра дражительный, капризный, часто немотивированное упрямство, ночные страхи; товарищей не любил, играл и занимался один. Телосложение астенического типа, евнухоидные особенности, питание понижено, бледен, увеличены лимфатические железы; сухожильные рефлексы повышены, нервная, подпрыгивающая походка, движения угловаты, то слишком размашисты, то как бы скованы. Тон и манеры взрослого человека, речь литературная, витиеватая, афоризмы и каламбуры. Большой запас сведений в общественно-политических вопросах. Мышление абстрактного типа, правильное, точное, отмечается склонность к резонерству. Держится особняком; часто вял, апатичен; иногда периоды возбужденного дурашливого состояния, когда движется более обычного, пристает ко всем с различными вопросами, нелепыми шутками. Интеллект выше нормы; одарен в литературном отношении. В общем с трудом приспосабливается к жизни своих сверстников и в систематических занятиях не всегда успевает, увлекаясь одними темами и не обращая внимания на другие.

С л у ч а й 68. Мальчик Р., 11 лет. Душевное заболевание по линии матери, ряд патологических характеров и три случая самоубийства в семьях отца и матери. Физически развивался удовлетворительно, с детства вялый, апатичный, скучный и слабовольный. Телосложение диспластически астеническое. По росту выше своих лет, несколько анемичен. Вялая, почти маскообразная мимика; осанка вялая; резко выраженная моторная недостаточность, плохо модулированная речь. Обращает на себя внимание резкой неуклюжестью, апатичен, держится особняком среди детей. Поведение нелепое, разные выходки; резонер, плохо приспособлялся сначала к систематической школьной работе. В течение двух лет резкое улучшение. Хорошо работает в классе; по общему уровню умственного развития выше нормы, склонен к схематизации и отвлеченной работе; мышление абстрактного типа; попрежнему малообщителен, держится особняком, временами раздражителен, импульсивен, но режиму учреждения подчиняется. В настоящее время учится во второй ступени успешно.

С л у ч а й 69. Мальчик Д., 13 лет, из семьи ученых евреев: несколько поколений талмудистов, раввинов. Мальчик рос болезненным, в возрасте 3 месяцев были какие-то судорожные припадки, в дальнейшем не повторявшиеся. Все время отставал в росте, интеллектуальное же развитие шло очень быстро. С 7 лет учился в школе; несмотря на хорошие способности занимался неохотно, критиковал учителей, избегал всякого напряжения; раздражительный, капризный, упрямый; проявил музыкальные способности, но систематически не учился. По росту значительно отстает от возраста. Сложение диспластическое, большая голова, узкая грудь, питание понижено, туберкулезная интоксикация. Общая моторная недостаточность, психика дисгармоничная, смесь инфантильности и преждевременной зрелости. Интеллектуально значительно выше своего возраста, мысль точная, с склонностью к абстрактному и схематическому. Склонен рассуждать, не умеет действовать. Резко интравертирован, с товарищами не сходится. Чувство собственной недостаточности и вместе с тем повышенная самооценка; болезненно самолюбив, обидчив, капризен, упрям.

Все четыре случая, вкратце описанные выше, несомненно относятся к шизоидной психопатии как по симптомам, так и по течению; все они прослежены нами в течение 4—5 лет.

Циклоидная психопатия характеризуется клиническим и генетическим родством с маниакально-депрессивным психозом. Циклоидная психопатия отличается следующими свойствами: 1) со стороны строения тела это обычно лица пикнического сложения; 2) со стороны моторной — ловкие, с плавными движениями, технически одаренные; моторная пропорция колеблется между заторможением (Hemmung) и психомоторным возбуждением; наблюдается некоторое преобладание экстрапирамидных двигательных механизмов; 3) со стороны психики циклоиды отличаются доступностью, общительностью, склонностью к эндогенным колебаниям настроения между депрессией и гипоманией (диатетическая пропорция). Эти колебания настроения и являются аномалией, отличающей циклоидных психопатов от состояния нормы. В некоторых случаях при этом наблюдается преобладание того или иного настроения и свя-

занного с ним состояния биотонуса; таким образом мы имеем то субъектов, почти всегда гипоманиакальных, с повышенным биотонусом, психомоторно возбужденных, то депрессивных, с пониженным биотонусом и психомоторным заторможением. Интеллект обычно нормальный, мышление конкретное.

Случай 70. Мальчик Б., 14 лет. Отец был здоров, убит на войне; мать страдает истерией. Мальчик развивался правильно, отличался веселым характером в раннем детстве, учится с 8 лет удовлетворительно. Лет с 10 колебания настроения: временами вял, жалуется на тоску, теряет интерес к занятиям. Телосложение правильное, ближе к пикническому типу. Двигательная сфера хорошо развита, силен, ловок. Поступил в состоянии легкой депрессии; отмечалась небольшая заторможенность. Состояние это длилось около месяца, постепенно сгладилось и месяца через три сменилось гипоманиакальным состоянием: стал драчлив, непослушен, многословен и пр. Это состояние через месяц сошло на-нет. В дальнейшем в течение трех лет наблюдения отмечали еще менее значительные, но все же заметные колебания настроения: временами несколько апатичен, временами же слегка суетлив, возбужден.

Случай 71. Мальчик Т., 13 лет. Мать впечатлительная, живая; отец замкнутый, мнительный. Мальчик развивался правильно, рос подвижным, чрезмерно шаловливым ребенком. Из школы исключили за шалости. Телосложение правильное, ближе к пикническому. Повышенные коленные рефлексы. Мальчик почти все время двигательно возбужден, драчлив, непослушен, очень труден в педагогическом отношении. Неусидчив, болтлив, гримасничает, дурачится. Лишь не надолго временами становится несколько более спокойным. Проявляет большой интерес к занятиям, моторно и технически одарен, в общем за время пребывания в клинике значительно дисциплинировался, но особенности характера все время оставались те же. Диагноз: циклоидный психопат, гипоманиакальный тип.

Эпилептоидная психопатия. Эта форма характеризуется: 1) большей частью атлетическим или диспластическим, иногда астеническим строением тела; 2) частыми вазомоторными расстройствами; 3) своеобразной, свойственной и гениальной эпилепсии, моторной пропорцией между медленностью и эксплозивностью движений; 4) со стороны психики этой форме свойственны раздражительность, виолентность, склонность к аффективным взрывам, жестокость; повышенные влечения низшего порядка, эгоизм и пр. Обыкновенно это субъекты невысокого интеллекта, с вязким, медленным, неповоротливым мышлением, склонностью застревать в узком круге интересов и идей (Haftenbleiben). Все эти свойства делают эпилептоидов очень тяжелыми в общежитии, иногда опасными для окружающих. К этой группе могут быть отнесены крепелиновские аффектэпилептики, а также частью импульсивные, возбудимые и одержимые влечениями. Эпилептоиды, как показывает сам термин, имеют известное родство клиническое, а также повидимому и генетическое с гениальной эпилепсией; но конечно последняя резко отличается от психопатии прогрессивностью, исходом в слабоумие, наличием эндогенно возникающих припадков. Впрочем нужно сказать, что у некоторых эпилептоидов возможны также судорожные припадки, но обыкновенно лишь на высоте аффекта.

Случай 72. Девочка К., 10 лет. Отец алкоголик, умер от воспаления легких. Патологический характер у матери, в семье последней много раздражительных и вспыльчивых характеров. Раннее физическое развитие девочки правильное. С 6 лет в детских домах, перебивала в 6 учреждениях, переводили из дома в дом как трудно воспитуемую. Отличается жестокостью, раздражительностью, злобностью, вспышками гнева, разрушительными наклонностями. Крепкого телосложения, диспластически-атлетического. Моторная сфера плохо развита, со стороны нервной системы отклонений нет. Неуживчива, постоянно ссорится с детьми, длительные аффективные вспышки по малейшему поводу, резко эгоцентрична, повышенные влечения, сексуальна, прожорлива, энергична, любит командовать, интеллект невысокий, слабая способность к абстракции. Диагноз: эпилептоидная психопатия.

С л у ч а й 73. Мальчик К., 13 лет. Патологический характер у отца, в его семье много психопатических личностей с чертами раздражительности, вспыльчивости. Мать страдает истерическими сумеречными состояниями, три раза были острые вспышки психоза. Мальчик развивался правильно, с 6 лет отдан в детский дом. Побывал во многих учреждениях как трудно воспитуемый, очень раздражительный. Телосложение диспластическое, моторная сфера хорошо развита. Мальчик отличается резким эгоцентризмом, возбужден, часты аффективные вспышки по малейшему поводу, с трудом подчиняется режиму. Интеллект нормален; в работе несколько медлителен. Активен, старается подчинять себе других детей. Одарен музыкально и сценически. В течение пребывания в учреждении значительно дисциплинировался, но черты характера остались те же. В настоящее время успешно учится во второй ступени массовой школы. Диагноз: эпилептоидная психопатия.

С л у ч а й 74. Б-ной М., 12½ лет; поступил 24/XI 1926 г. Отец — директор завода, здоров; мать — аффективна, в гневе могла броситься с ножом. Дядя по матери такой же. Мальчик физически развивался правильно; всегда нервный, аффективный, злой, непослушный. Около 5 лет травма головы, после чего характер как будто еще ухудшился. Из детского сада удален, так как избивал более слабых детей. В школе не хотел заниматься, срывал занятия, занимался кражами; после удаления из школы перебивал во многих учреждениях, откуда часто убегал, бродяжничал по несколько месяцев, продавал все с себя. Возвращался домой, когда приходилось плохо, и снова начинал то же самое; в классе дрался, плевался, бросался с ножом на учителя и т. п. Status: телосложение диспластическое, питание понижено, косоглазие. Двигательно беспокоен, подвижен, движения угловатые, порывистые, походка расхлябанная, неряшлив, речь быстрая, болтлив, много конфабულიрует, хвастлив, лжив; к неправильностям своего поведения относится легко. Крадет потому, что хочется сладкого; весь во власти органических влечений, ищет только легких удовольствий, усилия и напряжения проявлять не может или не хочет. Интеллект близок к норме. По поведению крайне труден, жестоко избивает слабых детей; злобные издевательства: хватает за половой член, мочится в рот, в башмаки. В то же время малодушен и труслив, боится боли, холода. Вместе с тем лстив, слащав, сексуально возбужден. Неадекватные аффективные вспышки; краснеет, тяжело дышит, весь напрягается, способен запустить в противника чем угодно. На вершине аффекта совершенно не владеет собой. Психопат эпилептоидного типа. Условия среды, отсутствие беспризорности подтверждают конституциональную основу антисоциальных проявлений.

Реактивно-лабильная (истероидная) психопатия. Эта форма характеризуется:

1) инфантильно-грацильным или пикническим телосложением (большой частью); 2) чертами инфантильной моторики — богатством и грациозностью движений, подвижностью мимики и пр. 3) со стороны психики повышенной впечатлительностью, отвлекаемостью, внушаемостью, наклонностью к рисовке, эгоцентризмом, поверхностностью мышления, неспособностью к абстрактному мышлению, эмоциональной лабильностью, повышенной неадекватной реакцией на внешние раздражения, общей детскостью и недостатком самостоятельности. Эта форма очень близка к истерии, отличающаяся от последней отсутствием патологических и неврологических симптомов (истерических стигмат); так как однако реактивно лабильные легко дают именно истерические реакции, то практически получается тесное соприкосновение, частичное совпадение реактивно-лабильной психопатии и истерии.

С л у ч а й 75. Девочка Г., 12 лет. Патологический характер у отца. Дед по отцу бродяга, алкоголик; мать нервная, раздражительная; бабушка по матери психопатка. Девочка развивалась нормально росла подвижной, любознательной, но капризной. Лабильное настроение: то очень ласкова, нежна, то очень дерзка и груба. Любила фантазировать, часто бесцельная ложь. Отмечались случаи краж. Телосложение правильное, стройная, инфантильно-грацильного типа. Хорошо развита моторная сфера. Внушаема, реактивна, неустойчива в своих симпатиях, подражает во всем кому-либо из детей, с которыми дружит в данное время. Впечатлительная, увлекающаяся. Богатое воображение. Лжива, внимание неустойчивое, быстро отвлекается; антисоциальных поступков в учреждении не отмечалось. Интеллект соответствует воз-

расту. Одарена в сценическом отношении. Темп работы быстрый, порывистый, склонность к рисовке. Диагноз: реактивно-лабильная психопатия.

Только что приведенная группировка психопатий, в основном опирающаяся на типологию Кречмера, несколько исправленную и дополненную психологию в нашей клинике является известным шагом вперед по сравнению с классификацией Крепелина. Последняя как мы видели основана, на учете единичных психологических признаков („возбудимые“, „лгуны“ и пр.), принимаемая же нами группировка базируется на совокупности психических, двигательных, соматических и отчасти вегетативных свойств и на применение в то же время структурного анализа личности. Несомненно однако, что и эта группировка, являясь условной и чисто эмпирической, тем самым требует ряда оговорок и является конечно далеко не совершенной. Она не охватывает всего разнообразия психопатий; отдельные формы не могут быть нозологически обособлены, они представляют лишь типы, которые далеко не всегда наблюдаются в чистом виде. Соматические, двигательные, психические компоненты не связаны между собой непосредственно, вследствие чего схематически установленные соотношения между ними не являются вполне постоянными и обязательными. Отдельные типы обладают лишь определенными тенденциями, динамическое развертывание и фактическое оформление которых определяется развитием социальной личности. Трудовое воспитание, а в дальнейшем рациональная социалистическая трудовая тренировка, вносит изменения как в отдельные компоненты, так и в их соотношении, и являются фактором в основном определяющим структуру личности. Учет развития личности психопата имеет особое значение при изучении детского материала. Здесь имеют значение и особенности биологического роста, в частности кризисы развития (пубертатный и др.) и условия социального формирования личности ребенка. В детском возрасте психопатии часто еще не складываются в определенный тип; с другой стороны, у детей, не вполне подвергшихся еще влиянию трудовой дифференцировки, повидимому, чаще, чем у взрослых, встречаются чистые типы.

С указанными оговорками и имея в виду те критические замечания, которые сделаны нами в общей части по вопросу о кречмеровской типологии, принимаемая нами клиническая группировка психопатий может быть признана как временная практическая рабочая схема, на данном этапе развития учения о психопатии для ориентировки в этой сложной области. Следует учитывать при этом, что учение о психопатиях, как уже упоминалось, представляет собой наиболее отсталую область, не стоящую на уровне прочих глав психиатрии и что поэтому создание научно обоснованной группировки психопатий — дело будущего. Вообще глава о психопатиях несомненно больше, чем какой-либо иной отдел психиатрии нуждается в переработке на основе марксистской методологии.

При распознавании психопатий имеют значение следующие пункты:

1. Отграничение психопатий от родственных им психозов (например шизоидной психопатии от шизофрении и пр.) уже рассматривалось при описании отдельных форм.

2. Отграничение психопатий от похожих на них психопатоподобных состояний — патологических изменений характера вследствие инфекций (например на почве конгенитального сифилиса, после эпидемического энцефалита), травм и интоксикаций (алкоголизм, морфинизм и пр.) — базируется на определении соответствующего этиологического момента и особенно на наличии неврологических симптомов, свойственных этим так называемым органическим психопатиям, о чем нами упоминалось в своем месте при описании этих форм.

3. Отграничение психопатий от невротозов и невропатий основывается на наличии при последних вегетативно-соматических симптомов. При этом однако следует иметь в виду возможность невротических наслоений при психопатиях.

4. Отграничение психопатий от нормы является условным, что явствует из самого определения понятия о психопатиях, как о крайних вариантах нормы. Все же к психопатии следует относить те случаи, когда имеющиеся у данного субъекта отклонения, дисгармонии, неадекватные реакции, доходят до степени, препятствующей ему активно приспособляться к социальной среде и выполнять функции, соответствующие возрасту и социальному положению и когда поведение субъекта вследствие особенностей структуры его личности приводит к конфликтам с окружающими.

5. Отграничение психопатий от легких форм олигофрений, при которых также могут быть характерологические особенности, напоминающие психопатии. Однако олигофрении свойственна стойкая неполноценность интеллекта при наличии недоразвития, более или менее отражающегося на всех свойствах организма. Следует впрочем иметь в виду, что существует группа случаев, неполноценность которых повидимому происходит от повреждения зачатка, когда при наличии невысокого интеллекта и характерологических особенностей чрезвычайно трудно бывает установить их принадлежность к психопатиям или олигофрениям. Наблюдаемая в этих случаях резкая биологическая неполноценность (диспластичность телосложения, эндокринно-вегетативные отклонения, двигательная недостаточность, часто стойкие извращения влечений и пр.) заставляют считать теоретически более правильным отнесение таких случаев к олигофрениям, практически же при наличии близкого к норме интеллекта (обычно впрочем неравномерно развитого) и преобладании характерологических отклонений более целесообразно сближать эти случаи с психопатиями.

Профилактика и лечение психопатий имеют особенно большое значение в детском возрасте, когда формируется личность и начинают проявляться патологические стороны характера. Приведенными выше данными, касающимися динамики развития психопатий в значительной мере определяются основные направления, по которым должны разворачиваться лечебно-профилактические мероприятия. На первом плане — рациональное педагогическое воздействие, влияние коллектива, трудовой режим, вообще организация среды. Необходимо гармонизировать личность психопатического ребенка, устраняя ее недостатки соответствующей психической ортопедией, переключением энергии с влечений и тенденций низшего порядка на социально ценные трудовые установки. Очень важно использование способностей, которыми нередко обладают психопаты, для достижения

лечебно-педагогических результатов. Особое значение имеет вовлечение психопатического ребенка в жизнь коллектива. Отдельные мероприятия конечно индивидуализируются в зависимости от формы психопатии и особенностей ее проявления. Многие случаи психопатий должны обучаться в нормальных школах, необходим лишь соответствующий надзор со стороны школьного врача. Очень важна диспансеризация таких детей. В более тяжелых случаях и при всякого рода ухудшениях в состоянии психопатического ребенка необходимо его помещение в психоневрологические школы-санатории, где режим и лечебно-педагогические мероприятия приспособлены специально для таких детей. Однако психопатов не следует по возможности слишком долго задерживать в санаторных учреждениях и отрывать их от нормальной школьной жизни; по достижении улучшения дети должны отправляться обратно в свои школы. Особые трудности представляют психопаты с антисоциальными наклонностями, дезорганизуя школьную жизнь, и тяжелые в домашней обстановке. С такими детьми часто приходится иметь дело комиссиям по делам о несовершеннолетних. Тяжелые психопаты не могут быть направляемы ни в санаторные учреждения, ни в обычные институты для перевоспитания, предназначенные для детей социально запущенных, но не обнаруживающих признаков стойких психических аномалий. Поэтому для тяжелых психопатов необходимы особые учреждения — колонии с трудовым режимом и психоневрологическим надзором.

Изучение психопатий имеет тем большее значение, что получается возможность связать соответствующие формы с **нормальными психическими вариациями**. Состояния нормы, доходя до известных пределов в своих отклонениях, переходят в психопатии, представляющие лишь крайние пограничные вариации нормальных характеров. Таким образом психоневрологическое изучение нормы находится в тесной связи и зависимости от изучения психопатий. В настоящее время конечно по отчасти изложенным уже причинам возможна лишь провизорная ориентировка в области психопатических, а следовательно и нормальных личностей, но принципиально является очень важным то обстоятельство, что психоневрологическое исследование пограничных состояний дает также подход и к изучению нормальных вариантов детской психики. Таким образом несомненно, что психопатология детского возраста имеет значение не только для изучения психических расстройств и аномалий, но и для ориентировки в особенностях нормальной детской психики.

Заканчивая настоящую книгу мы считаем необходимым подчеркнуть неизбежность весьма существенных теоретических недочетов в трактовке ряда проблем, зависящих в значительной мере от современного состояния нашей отрасли знания. Находясь на стыке биологических и социальных наук, имея своим предметом сложнейшие явления психических расстройств, чрезвычайно трудных для изучения, психопатология как наука находится можно сказать лишь в начальной стадии своего развития, значительно отставая от других отраслей медицины. В особенности это касается детской психопатологии, на которую вообще обращено внимание лишь

в самое последнее время. Большой фактический материал чисто эмпирического характера требует методологической проработки на основах диалектического материализма. В данном направлении сделано очень мало; это обстоятельство является конечно слабым местом и нашего руководства. Задачей ближайшего будущего является делом коллективной работы советских психоневрологов применение марксистского метода к построению психо-патологии детского возраста на строго научных основаниях. Научная классификация, связанная с проблемой конституции, отысканием этиологических факторов, изучением многообразно взаимодействующих материальных процессов организма как целого является основной задачей марксистской реконструкции психиатрии и психопатологии.

ЛИТЕРАТУРА.

- Краепелін, Psychiatrie, 8 и 9. Aufl.
Bumke, Handbuch der Psychiatrie.
Гиллярковский, Психиатрия. 1931.
Гуревич и Серейский, Учебник психиатрии. 1928.
Kretschmer, Körperbau und Charakter 7—8. Aufl. 1929, имеется русский перевод.
Bühler, Die geistige Entwicklung des Kindes. Jena. 1921.
Bruns, Kramer und Ziehen. Handbuch d. Nervenkrankheiten im Kindesalter. Berlin. 1915.
Gaupp, R. Psychologie des Kindes. Leipzig. 1918.
Homberger, Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters. Berlin. 1926.
Peritz, Die Nervenkrankheiten des Kindesalters. Berlin. 1912.
Scholz, Anomale Kinder. Berlin. 1922.
Stern, Psychologie der frühen Kindheit. Leipzig. 1923.
Strohmayer, Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters. Wiesbaden. 1923. Имеется русский перевод под ред. проф. Грибоедова.
Wallon, L'enfant turbulent. Paris. 1925.
Wexberg, Handbuch der Individualpsychologie. München. 1926.
Ziehen, Die Geisteskrankheiten d. Kindesalters. Berlin. 1915.
Иогихес, Органические заболевания нервной системы у детей.
Eckstein, Encephalitis im Kindesalter. Berlin. 1929.
Мендельсон, Нервно-психическая гигиена и профилактика, 1927.
Профилактика нервно-психических заболеваний. Сборник под ред. Давыденкова и Розенштейна.
Вопросы педологии и детской психоневрологии, т. I, II и III. Сборники под ред. М. Гуревича.
Новое в дефектологии, т. I и II. Сборники под ред. проф. Грибоедова.
Гуревич и Озерецкий, Психомоторика, ч. I и II. 1930.

Редактор В. М. Боровская.

Техредактор А. Н. Троицкая

Сдано в набор 8/XII 1931. Последн. лист подп. к печ. 28/III-1932. Медгиз 1161. МД-26.

Печ. л. 14³/₈. Формат 62 × 94¹/₁₆. Печ. зн. в 1 л. 53248.

Уполн. Главлита Б-17568.

Заказ 1832.

Тираж 3 000

Школа ФЗУ Огиза им. Артема Халатова. Москва, Колпачный, 13.

Цена 3 руб.

СО ВСЕМИ ТРЕБОВАНИЯМИ ОБРАЩАТЬСЯ
В ОТДЕЛЕНИЯ И МАГАЗИНЫ КНИГОТорго-
вого Объединения Государственных
Издательств